DR. MAKSYMILIAN RUTKOWSKI.

NIEDROŻNOŚĆ JELIT MECHANICZNA

NA PODSTAWIE 156 PRZYPADKÓW.

W KRAKOWIE.
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1899.

DR. MAKSYMILIAN RUTKOWSKI.

NIEDROŻNOŚĆ JELIT MECHANICZNA

NA PODSTAWIE 156 PRZYPADKÓW.

DR. MAKSYMILIAN RUTKOWSKI.

NIEDROŻNOŚĆ JELIT MECHANICZNA

NA PODSTAWIE 156 PRZYPADKÓW.

W KRAKOWIE.
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1899.

Osobne odbicie ze Zbioru Prac wydanego ku uczczeniu pamięci Prof. Dr. Alfreda Obalińskiego przez grono ostatnich Jego uczniów i współpracowników.

DR. MAKSYMILIAN RUTKOWSKI.

NIEDROŻNOŚĆ JELIT MECHANICZNA

NA PODSTAWIE 156 PRZYPADKÓW.

Wielka ilość ogłoszonych w ostatnich latach prac z zakresu niedrożności jelit, świadcząca o żywotności tematu i trudnościach, napotykanych przy badaniu tego zawikłanego zagadnienia, nie zdołała jednak wyrównać różnic w zapatrywaniach poszczególnych autorów, choćby tylko w tak zasadniczych sprawach, jak objawy kliniczne. Najważniejszym tego powodem, zdaje się, jest brak prac, opartych na wielkim a jednolitym materyale klinicznym.

Jedynym w tym względzie wyjątkiem jest znakomita praca Obalińskiego, ogłoszona w roku 1893 na podstawie 110 przypadków, operowanych przez niego z powodu objawów niedrożności *(„ileus“)*. Od roku 1893 aż do końca zasłużonego życia niezapomniany Profesor pracował usilnie w wytkniętym kierunku, a owocem tych trudów miało być dzieło, oparte na jeszcze większem doświadczeniu, zebranem w ostatnich latach sześciu.

Postępując zatem w myśl zmarłego Profesora, zebrałem materyał z całej działalności Obalińskiego na tem polu, obejmujący 156 przypadków t. j. 91 ogłoszonych już przez Obalińskiego w r. 1893 i 65 przypadków leczonych w ostatnich latach sześciu, a jeszcze nie ogłoszonych. Różnica pomiędzy statystyką Obalińskiego z r. 1893 a niniejszem zestawieniem jest ta, że Obaliński rozpatrywał w swej pracy wszystkie przypadki, które operował z powodu objawów niedrożności *(„ileus“)*; w mojem zaś zestawieniu odpowiednio do życzenia Obalińskiego pomieściłem

tylko przypadki niedrożności jelit wewnętrznej na tle mechanicznem. Z tego też względu musiałem ze statystyki dawnej opuścić przypadki zebrane:

1) W tab. V. pod tytułem: Niedrożność jelit wywołana zapaleniem otrzewnej dziurawiącem *(occlusio intestinorum interna ad peritonitidem perforativam)* przypadków 9.

2) W tab. XIII.: Zapalenie otrzewnej *(Peritonitis)* przypadków 3.

3) W tab. XIV.: Przepukliny uwięzgnięte ukryte *(Herniae incarceratae occultae)* przypadków 6.

4) Wreszcie w tab. XII.: Niedrożność jelit, wywołana przez ucisk *(occlusio intestinorum e compressione)* przypadek 1 (100).

Cały materyał zestawiłem w 15 tablicach wedle rodzaju niedrożności. Przypadki uwzględnione w dawnej statystyce oznaczono *.

TABLICA I.

Skręt kiszki esowatej. *Torsio flex. sigm.* Przypadków 31.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
1*	Wincenty R., l. 27.	8 dni	Brzuch jednostajnie wzdęty. Wymioty kałowe. Ruchów niema.	*Occlussio intestin.*	*Laparotom. Detorsio.*	*Peritonitis universalis.*	*Torsio flex. sigm.*	*Mors* w 48 godzin.	Stolec zaraz po odkręceniu.
2*	Aron Alter, l. 20.	5 dni	Podobne przypady już kilkakrotnie. Znaczne bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Ruchów robaczk. niema. Wymioty skąpe. Przelewanie się w jelitach. Siły dobre.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparotom. Punctio Detorsio.*	Kiszka gruba rozdęta, różowa. Jelito cienkie i kiszka prosta zapadnięte. W jamie otrzewnej płyn jasny.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus* 10 dnia	Stolec zaraz po odkręceniu.
3*	Tenże, w 4 miesiące później.	8 dni	Obraz niejasny. Ciepłota 38·7.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Laparot. Detorsio punctio.*	Płyn w jamie otrzewnej. Jelita cienkie rozdęte, nastrzykane.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 3 dnia.	Sekcya wykazała przedziurawienie jelita z powodu wrzodu tyfusowego. Przy rozpoznaniu przed operacyą opierano się głównie na przypuszczeniu nawrotu.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
4*	Majlech Fürst, l. 46.	8 dni	Wymioty późno się pojawiły. Bóle znaczne. Wzdęcie niejednostajne.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis incipiens.*	*Laparot. Anus praeter naturam.*	Otrzewna silnie nastrzykana.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 9 dnia.	Stolec kilka razy po operacyi.
5*	Błażej Pająk, l. 60.	10 dni	Był przed 8 dniami w szpitalu, lecz nie zgodził się na operacyę. Rysunek jelit rozdętych wybitny, siły słabe.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Laparot. Detorsio.*	—	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w kilka godzin.	Sekcya stwierdziła zapalenie otrzewnej, które wyszło od krezki pętli esowatej.
6*	Jakób Górnisiewicz, l. 37.	4 dni	Wymiotów niema. Bóle napadowe. Ruchu robaczkowego niema. Wzdęcie miejscowe b. wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	Kiszka esowata rozdęta, skręcona i silnie zaczerwieniona.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus* w 14 dni	Po odkręceniu zaraz stolec.
7*	Tenże w rok później.	3 dni	Wymiotów niema. Bóle znaczne. Ruchu robaczk. niema. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	*Peritonitis.*	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 4 dnia.	Po odkręceniu stolec. Sekcya stwierdziła zapalenie otrzewnej, które wyszło z krezki pętli esowatej.
8*	Izrael Brandt, l. 72.	4 dni	Wzdęcie jednostajne, wymioty, bóle ciągłe, czkawka.	*Occlusio intest. subs. peritonitid.*	*Laparot. Enterotom. Detorsio.*	Cała kiszka gruba powyżej pętli esowatej silnie rozdęta. *Peritonitis.*	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* 4 dnia.	Polepszenie przez 2 dni, poczem obz jawy zapalenia-otrzewnej wzmagają się.
9*	Marya Żuchanicka, l. 53.	7 dni	Wymioty późno. Ruchy robaczkowe wzmożone. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	—	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 18 dni	W kilka godzin obfity stolec.

10*	Ta sama w 5 tygodni później.	18 godzin	Wymioty kałowe, bóle znaczne, wzdęcie miejscowe.	*Torsio flex. sigm.*	*dtto*	—	*dtto*	*Mors* 10 dnia.	Stolec podczas operacyi, później ciepłota do 38·7. Język suchy. Biegunka.
11*	Franciszka Jamrozik, l. 40.	5 dni	Znaczne bóle napadowe. Siły słabe. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Enterotom. Detorsio.*	Kiszka esowata tak rozdęta, że dała się odkręcić dopiero po enterotomii.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 8 dni.	
12*	Ta sama w 10 miesięcy później.	24 godzin	Wymiotów niema. Bóle napadowe. Ruch robaczkowy wzmożony. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Resectio flex. sigm.*	—	*dtto*	*Sanata* w 3 tygodnie.	Dla uniknięcia nawrotu wycięto całą kiszkę esowatą.
13*	Hinda Teichner, l. 45.	12 dni	Siły słabe. Wymiotów niema. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Resectio flex. sigm.* 47 cm.	—	*dtto*	*Mors* w 24 godzin.	*dtto*
14*	Marcin Nowak,	5 dni	Zapad. Ruch robaczkowy wzmożony. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Detorsio.*	—	*dtto*	*Sanatus* w 14 dni	
15*	Mordko Knispel, l. 60.	5 dni	Wymiotów niema. Ruch robaczkowy nie widoczny. Przelewanie się. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*Laparot. Resectio flex. sigm.* 56 cm.	--	*dtto*	*Mors* w 4 tygodnie.	Sekcya wykazała zapalenie płuc. Miejsce szwu zupełnie zagojone.
16*	Franciszek Owcsarz, l. 33.	4 dni	Siły dobre. Wymiotów niema. Bóle napadowe. Ruchu robaczkowego niema. Wzdęcie miejscowe wybitne.	*dtto*	*Laparot. Detorsio.*	—	*dtto*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
17*	Kobieta A—Z., l. 59.	3 dni	Siły dobre. Wymiotów niema. Przelewanie się płynu. Bóle napadowe. Ruchów robaczkow. niema. Wzdęcie miejscowe.	*Torsio flex. sigm.*	*Laparot. Detorsio.*	Przy laparotomii znaleziono rozdęcie tylko kiszki esowatej.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 4 tygodnie.	
18	Mortko Goldner, l. 19.	10 dni	Nagle gwałtowny ból. Wymioty dopiero po 3 dniach choroby. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej miejscowo kiszki esowatej podczas bólu.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio Enterotom.*	Kiszka gruba powyżej skrętu i część jelita biodrowego rozdęte.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus.*	
19	Tomasz Tiszczenko, l. 58.	6 dni	Nagle silny ból. Wymioty tylko raz obok bólu stałego; silne bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Ruchów niema.	*dtto*	*Detorsio Colopexia.*	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta. Otrzewna zaczerwieniona.	*dtto*	*Mors* w 48 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
20	Izrael Ellenbogen, l. 69.	4 dni	Przewlekłe zaparcie stolca. Siły słabe. Bóle napadowe. Bolesność przy ucisku. Wzdęcie miejscowe.	*dtto*	*dtto*	Otrzewna nastrzykana, przyćmiona.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 3 dni.	*dtto*
21	Wojciech Musialski, l. 45.	5 dni	Od dłuższego czasu zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego. Siły b. słabe. Bóle napadowe. Bolesność znaczna. Ruchów niema. Wzdęcie niejednostajne.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio flex. sigm.*	Kiszka esowata zgorzelinowa, otrzewna przyćmiona.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 24 godzin.	*dtto*

22	Krystyna Miarka, l. 55.	3 dni	Od 3 tygodni zaburzenia jelitowe. Stan ogólny dość dobry. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się kiszki wśród napadu bólu.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio Entero-anastomosis.*	Kiszka gruba powyżej skrętu silnie rozdęta. Kiszka esowata po opróżnieniu ma dążność do skręcenia się o 180°.	*Torsio flex. sigm.*	*Mors* w 8 dni	Entero-anastomosis wykonano ze względu na dążność kiszki esowatej do skręcenia się. Sekcya wykazała zapalenie płuc.
23	Tomasz Bieniek.	4 dni	Nagle gwałtowne bóle. Siły słabe. Wymiotów niema. Bóle napadowe obok stałych. Wzdęcie miejscowe. Ruchów niema.	*dtto*	*Detorsio.* Przyszycie sposobem Roux'a.	Kiszka gruba i część jelita biodrowego rozdęte.	*dtto*	*Mors* w 5 dni.	Sekcya: *Peritonitis.*
24	Józef Skorus, l. 68.	8 dni	Nagłe bóle. Zapad. Nudności. Bóle stałe. Bolesność znaczna. Wzdęcie niejednostajne. Ruchów brak.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio, anus praeter naturam.*	Kiszka esowata zgorzelinowa. Przedziurawienie. Kał w jamie brzusznej.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis perforativa.*	*Mors* w kilka godzin.	*dtto*
25	Dwojra Greschler, l. 53.	3 dni	Nagle bóle. Wymioty kilka razy z początku. Siły dobre. Bóle napad. Wzdęcie miejscowe. Ruchów brak.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.* Przyszycie sposobem Roux'a. Worek Mikulicza.	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 25 dni.	
26	Antoni Lembas, l. 72.	4 dni	Zapad. Wzdęcie jednostajne. Bóle ciągłe. Bolesność znaczna. Ruchów brak. Wymioty ciągłe.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio, anus praeter naturam.*	Kiszka esowata zgorzelinowa.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*

L. p.	Imię, nazwisko, wiek.	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
27	Franciszek Owczarz, l. 35. (patrz L. p. 16*).	2 dni	Wymioty kilka razy dziennie. Bóle napadowe. Bolesność nad talerzem biodrowym lewym. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej pętli.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.* Worek Mikulicza.	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanatus* w 23 dni.	Operowany z powodu skrętu kiszki esowatej przed 3 laty.
28	Tenże.	3 dni	Stan dobry. Bóle napadowe. Wymioty. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej kiszki.	*dtto*	*Detorsio.* Przyszycie sposobem Roux'a. Worek Mikulicza.	*dtto*	*dtto*	*Sanatus* w 14 dni.	Obecny skręt już po raz trzeci, przedostatnia operacya przed 7 miesiącami.
29	Franciszek Taraszok.	?	Zapad. Wymioty ciągłe. Bolesność znaczna. Wzdęcie niejednostajne. Ruchów niema.	*Torsio flex. sigm. Peritonitis.*	*Resectio flex. sigm.*	Kiszka esowata zgorzelinowa.	*Torsio flex. sigm. Gangraena flex. sigm. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
30	Marya Matysik.	4 dni	Stan dość dobry. Wymiotów brak. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej pętli.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.* Worek Mikulicza.	Kiszka gruba powyżej skrętu rozdęta.	*Torsio flex. sigm.*	*Sanata* w 16 dni.	
31	Jan Bednarczyk.	4 dni	Stan dobry. Wymiotów niema. Bóle napadowe. Wzdęcie miejscowe. Stawianie się rozdętej pętli.	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*Sanatus* w 30 dni.	

Z zestawienia tego wynika, że u ludzi w wieku średnim, gdyż 21 razy między 30 a 60 rokiem życia, nagle wśród zupełnego zdrowia pojawiały się gwałtowne bóle napadowe obok bólu stałego bez dokładnego zazwyczaj umiejscowienia wraz z zupełnem zatrzymaniem stolca i wiatrów. Wymiotów albo całkiem nie było, albo pojawiały się późno. Wymioty kałowe wystąpiły tylko u 2 chorych, a mianowicie raz (przyp. 10) już po 18 godzinach, w drugim zaś przypadku (1) po 8 dniach choroby. Bóle napadowe wzmagały się tak co do nasilenia jak i częstości. W czterech przypadkach (8, 24, 26, 29) z bólami jednostajnymi znaleziono wśród operacyi zapalenie otrzewny, a z tych w 3 (24, 26, 29) zgorzel kiszki esowatej.

Badanie dokonywane wśród rozmaitego okresu choroby, gdyż począwszy od 18 godzin aż do 12 dnia choroby (średnio dni 5), wykazywało brzuch znacznie, niejednostajnie wzdęty z dokładnie widocznem i wyczuwalnem wzdęciem miejscowem w postaci wału obłego, nieruchomego, ciągnącego się od talerza biodrowego lewego ku dołkowi podsercowemu lub podżebrzu prawemu, o ostrych zarysach, powierzchni równej. Wypuk nad nim był wysoki bębenkowy. W 6 przypadkach (1, 8, 21, 24, 26, 29.) wzdęcia miejscowego nie wybadano. Ruchy robaczkowe jelit dostrzeżono tylko 3 razy (9, 12, 14). W 6 przypadkach (18, 22, 27, 28, 30, 31) było wybitne stawianie się rozdętej miejscowo pętli jelitowej.

Przebieg choroby w tej formie niedrożności bywał bardzo różnorodny, począwszy od bardzo gwałtownego aż do obrazu prawie przewlekłego, co odpowiednio do poglądów Samsona należy odnieść do siły skręcenia.

Leczenie polegało we wszystkich przypadkach na szerokiem otwarciu jamy brzusznej i wykonaniu stosownie do znalezionych zmian patologicznych, odpowiedniego zabiegu.

Zapalenie otrzewny znaleziono 9 razy (3, 4, 8, 10, 19, 21, 24, 26, 29) z tego w 4 przypadkach (21, 24, 26, 29) zgorzel kiszki esowatej. Wobec tego odkręcono kiszkę 26 razy, przyczem w 4 przypadkach nadmiernego rozdęcia kiszki esowatej nacięto ją dla wypuszczenia nagromadzonej treści. 3 razy ze względu na pośpiech w operacyi wobec zapadu chorego założono rzyć sztuczną po poprzedniem wycięciu zgorzelinowej pętli (4, 24, 26). Wreszcie 2 razy (21, 29) wycięto zgorzeli nową pętlę i założono szew okrężny.

Skręt kiszki esowatej odznacza się znaczną stosunkowo skłonnością do nawrotów, to też przy leczeniu musimy o tem pamiętać i odpowiednio temu przeciwdziałać.

W naszem zestawieniu znachodzimy 4 chorych z nawrotem podwójnym, jednego zaś z nawrotem potrójnym. Ze sposobów zapobiegają-

cych nawrotom, a mianowicie: Rosera przyszycie krezki, Brauna przyszycie pętli, Senna skracanie krezki przez jej sfałdowanie, Obalińskiego wycięcie kiszki esowatej, wreszcie Roux'a rozległe przyszycie krezki do przedniej ściany jamy brzusznej, użyto w 3 przypadkach (12, 13, 15) wycięcia kiszki sposobem Obalińskiego z jednem zejściem śmiertelnem, w 3 (19, 20, 23) przyszycia sposobem podobnym do postępowania Roux'a (jeszcze przed ogłoszeniem tej metody). Wogóle należy z tych sposobów przyznać pierwszeństwo postępowaniu Roux'a, jako zabiegowi w skutkach zupełnie pewnemu, z drugiej zaś strony bardzo łagodnemu.

W przypadku 22 wykonano *enteroanastomosis* z powodu skłonności do skręcania się pętli o 180°, sprowadzającego ciągłe dolegliwości w zakresie przewodu pokarmowego. Chora ta jednakowoż zmarła z powodu zapalenia płuc.

Postępując w ten sposób uzyskaliśmy wyleczeń 15 t. j. 48·4 %. Wszystkie przypadki, w których założono rzyć sztuczną, względnie wycięto kiszkę z następowym szwem okrężnym, z powodu zgorzeli jelita zakończyły się niepomyślnie.

TABLICA II.

Skręt jelita biodrowego. *Torsio intest. ilei.* Przypadków 24.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
32*	Matys Gelber, l. 27.	3 dni	Bóle gwałtowne napadowe. Wymioty częste. Wzdęcie miejscowe w okolicy pępka. Ruch robaczkowy wzmożony.	*Volvulus.*	*Detorsio.*	Jelito biodrowe skręcone, silnie rozdęte, z wynaczynionkami.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	
33*	Franciszek Cichocki, l. 22.	5 dni	Bóle ciągłe. Bolesność brzucha przy ucisku. Wzdęcie jednostajne. Ruchów jelit niema. Wymioty często.	*Peritonitis.*	*Detorsio.*	Jelito cienkie na 1 metr poniżej dwunastnicy aż w pobliże kątnicy okręcone, poniżej jelito i kiszka zapadnięte; zapalenie otrzewnej.	*Torsio ilei. Peritonitis.*	*Mors* w 5 godzin.	
34*	Tomasz Kwaśniowski, l. 37.	2 dni	Ból gwałtowny. Wymioty ciągłe. Ruchu jelit niema. Wzdęcie jednostajne, tylko nad pępkiem cieniuje się poprzeczna wypukłość.	*Torsio flex. sigm. subsequ. Peritonit.*	*Enterotomia. Detorsio.*	Zapalenie otrzewnej.	*dtto*	*Mors* w 1 godz.	
35*	Gitla Feuerowa, l. 46.	Kilka miesięcy.	Częste i uporczywe zaparcie stolca. Ruch jelit wzmożony, wzdęcie mierne.	*Strictura v. Inflexio ilei.*	*Detorsio.*	Luźność kątnicy, na 30 cm. nad nią jelito biodrowe okręcone około krezki, lecz luźno.	*Torsio ilei.*	*Sanata* w 12 dni.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
36*	Józef Marchewka, l. 32.	2 dni	Przed 6 dniami laparotomia z powodu *reductio spuria herniae incarcerat.* Ból nagły. Wymioty częste. Wzdęcie miejscowe w okolicy talerza biodrowego prawego. Ruch jelit wzmożony.	*Torsio ilei.*	*Enterotomia Detorsio.*	Skręt jelita biodrowego tuż ponad kątnicą i pod nią wsunięty. Jelita wyżej mocno rozszerzone.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 6 tygodni.	
37*	Jan Niemczak, l. 40.	3 dni	Ból po zeskoczeniu. Siły mierne. Wymioty częste. Brzuch beczkowaty. Powyżej pępka kilka smug poprzecznych. Ruchu jelit niema.	*Peritonitis ad torsionem.*	*dtto*	Prawie całe jelito cienkie okręcone około swej krezki. Na szczycie zmiany zgorzelinowe. Pokłady włóknikowe.	*Torsio intestini tenuis. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 6 dni.	Kał w ranie. Trzeba było wyciąć część zgorzelinową.
38*	Andrzej Znaleźniak, l. 19.	3 dni	Powtarzało się od 4 lat. Wymioty częste. Kształt brzucha kopułowaty powyżej pępka i po prawej z poprzecznemi smugami. Ruchu jelit niema.	*Volvulus.*	*Detorsio.*	Kątnica z całem biodrowem okręcone. Jelito czcze i kiszki grube zapadnięte.	*Torsio ilei cum coeco.*	*Mors* w 24 godzin.	Podczas uśpienia *asphyxia vomitoria.*
39*	Jan Talaga, l. 38.	6 dni	Wymioty z początku. Ból ciągły. Brzuch kopułowaty. Ruch jelit wybitny.	*Torsio ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Część jelita biodrowego skręcona. Otrzewna zaczerwieniona, nastrzykana.	*Torsio ilei.*	*Mors* w 24 godzin.	
40*	Jędrzej Jura, l. 37.	4 dni	Brak dat.	?	*Detorsio.*	?	*Torsio ilei cum coeco.*	*Sanatus* w 12 dni.	

41*	Antonina Krupa, l. 56.	3 dni	Bóle ciągłe, wymioty. Brzuch bolesny przy ucisku. Jedna wypukłość koło kątnicy, druga koło zgięcia esowatego. W odbytnicy śluz krwawy i opór.	*Invaginatio cum peritonitide.*	*Resectio intest. ilei (126 cm.) Enterorhaphia.*	Część jelita biodrowego okręcona i czarno zabarwiona.	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 24 godzin.	
42*	Agata Wybranowska, l. 70.	8 dni	Nagle ból po jedzeniu. Wymioty. Wzdęcie jednostajne. Ruchu jelit niema. Zapad.	*Peritonitis verisimil. e torsione ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	*Peritonitis.*	*Torsio ilei subs. peritonit.*	*Mors* w 3 godziny.	Stan chorej był tak nędzny, że operowano dopiero drugiego dnia, gdy tętno nieco się polepszyło.
43*	Józef Klita, l. 38.	18 godzin	Zsunął się z ciężarem. Ból gwałtowny brzucha. Przepuklina wystąpiła i nie dała się odprowadzić. Wymioty. Wzdęcie jednostajne. Zapad.	*Hernia inguin. incarcerata.*	*Herniotomia dein. Laparot. Resectio intestini. Enterorhaphia.*	Po otwarciu worka przepuklinowego znaleziono w nim jelito zgorzelinowe, lecz wolne. Skręt prawie całego jelita biodr. i kątnicy.	*Torsio ilei et coeci. Gangraena intest.*	*Mors* w 22 godzin.	Wycięto 365 cm. jelita.
44*	Jędrzej Siekierka, l. 70.	10 dni	*Hernia ing. irreponibilis.* Bóle ciągłe. Wymioty cuchnące. Wypukłość koło pępka. Ruch jelit wzmożony.	Wątpliwość, czy niedrożność wskutek przepukliny, czy wskutek skrętu.	*Herniotomia dein. Laparot. Detorsio. Enterotomia.*	Po otwarciu worka przepukl. okazało się, że przyczyna wyżej, przeto laparotomia.	*Torsio ilei subs. Peritonitide sept.*	*Mors* w 30 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
45*	Jan Wilkosz, l. 40.	3 dni	Ból znaczny ciągły. Siły małe. Wymioty. Wzdęcie jednostajne.	*Peritonitis ex occlusione.*	*Enterotomia Detorsio.*	Otrzewna zaczerw. i nalotami pokryta. Jelito biodrowe okręcone w pobliżu kątnicy. Szczyt podejrzany co do zgorzeli. (Wszyto w ranę).	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 36 godzin.	Sekcya: *Phlegm. et necrosis ilei. Peritonitis septica.*

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
46*	Jędrzej Rączka, l. 34.	30 godzin	Siły słabe. Wymioty. Ból silny. Wzdęcie jednostajne. Kilka pętli rysuje się nad pępkiem. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei subs. Peritonit.*	*Detorsio.*	Jelita mocno nastrzykane i ciemnowiśniowe.	*Torsio ilei subs. Peritonit.*	*Mors* w 2 dni.	Sekcya: *Peritonitis haemorrh. et fibrin.*
47*	Jan Róg, l. 56.	3 dni	Bóle ciągłe. Wymioty. Wzdęcie mierne, kopułowato, kilka pętli rysuje się nad pępkiem. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Otrzewna zaczerwieniona. Skręt koło kątnicy.	*Torsio ilei.*	*Mors* w 10 dni.	Przy końcu operacyi zapad. Sekcya: *Peritonitis.*
48*	Estera Mosler, l. 50.	8 dni	Ból. Wymioty. Wzdęcie mierne, kopułowate z cieniującemi się kilkoma pętlami koło pępka. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei Peritonitis.*	*Detorsio.*	Jelito cienkie skręcone, zaczerwienione i pokryte nalotami włóknika.	*Torsio ilei Peritonitis.*	*Mors* w 30 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
49*	Regina Marek, l. 50.	6 dni	Przed 4 dniami operowana z powodu *Hern. crur. incarc.* Przypady nie ustawały. Kilka pętli rysuje się. Ruchu jelit niema.	*Torsio ilei ad hern. incarc. operatam.*	*Detorsio. Enterotom.*	—	*Torsio ilei Peritonitis.*	*Mors* w 48 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
50	Jan Czornecki, l. 70.	3 dni	Siły mierne. Wymioty częste. Często bóle napadowe obok bólu stałego. Wzdęcie znaczne, zarysowana poprzecznie pętla. Ruchu niema.	*Torsio ilei.*	*Detorsio.*	Skręt całego jelita biodrowego. Jelita powyżej i poniżej skrętu zapadłe.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 14 dni.	

51	Jan Kasprzyk, l. 26.	4 dni	Siły mierne. Wymioty częste, od drugiego dnia kałowe. Ból znaczny. Wzdęcie mierne, 3 pętle poprzecznie zarysowane. Stawianie się zarysowanych pętli wśród bólu.	*Torsio ilei.*	*Detorsio.*	Skręt całego jelita biodrowego aż do kątnicy. Jelito powyżej i kiszka gruba poniżej zapadłe.	*Torsio ilei.*	*Sanatus* w 14 dni.	
52	Wojciech Piwowarczyk, l. 37.	3 dni	Zapad. Wymioty kałowe. Ciągły ból, bolesność znaczna. Wzdęcie jednostajne. Z początku miały być ruchy jelit i przelewania.	*Peritonitis ad occlusionem.*	*Detorsio. Anus praeter naturam.*	Jelito biodrowe skręcone kilkakrotnie z zawęźleniem. Zgorzel jelita na znacznej przestrzeni.	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 3 godziny.	
53	Wawrzyniec Tyrka, l. 50.	3 dni	Zapad. Wymioty kałowe. Silne bóle, obok tego bolesność. Wzdęcie znaczne. Pętle jelitowe zarysowane poprzecznie. Stawianie się zarysowanych pętli.	*Torsio ilei.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Jelito cienkie znacznie rozdęte, kiszka gruba zapadła.	*Torsio ilei.*	*Mors* w 6 godzin.	Przy odkręcaniu otrzewna jelitowa pękła w kilku miejscach.
54	Juliusz Müller, l. 32.	5 dni	Przed 3 miesiącami podobne przypady. Zapad. Wymioty częste, czkawka. Ból ciągły, bolesność. Wzdęcie duże, powyżej pępka pętla jelitowa poprzecznie zarysowana. Ruchu niema.	*Peritonitis ad occlusionem.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Zgorzel jelita.	*Torsio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 5 godzin.	
55*	Józef Gajda, l. 54.	2 dni	Siły słabe. Bóle ciągłe. Wymioty. Wzdęcie znaczne kształtu prostokątnego. Ruchów niema.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio.*	Jelito biodrowe skręcone. Powyżej skrętu jelito cienkie rozdęte.	*Torsio ilei.*	*Mors* tuż po operacyi.	

Zestawienie przypadków skrętu jelita biodrowego wykazuje zatem, że cierpienie dotyczyło przeważnie, gdyż 17 razy na 24, ludzi między 30 a 60 rokiem życia. Chorzy zgłaszali się po poradę między 18 godzinami a 10 dniem cierpienia, średnio po 4 dniach. W podaniach chorych nie było można wykryć ważniejszych przyczyn choroby.

Stan ogólny chorych był zazwyczaj zły. Wymioty w 22 przypadkach były bardzo częste i uporczywe, a w 4 kałowe i to u 2 chorych po 3, u jednego po 4 i u jednego po 10 dniach choroby.

Bóle, będące pierwszym objawem choroby, występowały napadowo tylko u 5 chorych, u 15 zaś bóle były jednostajne, a brzuch przy ucisku bardzo bolesny (u wszystkich zapalenie otrzewnej). Badanie wykazywało w 16 przypadkach brzuch niejednostajnie wzdęty z dobrze dającym się wybadać wzrokiem, jak i dotykiem, wzdęciem miejscowem w postaci smug poprzecznych ponad i poniżej pępka, w 2 przypadkach stawiających się okresowo (51, 53). Ruch robaczkowy jelit dostrzeżono tylko 5 razy. W przypadku 41 z otworu stolcowego wydostawała się treść śluzowo-krwawa.

Przebieg był bardzo gwałtowny, zapad pojawiał się wcześnie.

Otwarcie jamy brzusznej wykazało 4 razy skręcenie całego jelita biodrowego, w 3 przypadkach skręcenie jelita biodrowego i kątnicy, raz jelita biodrowego i czczego, w pozostałych zaś przypadkach istniał skręt pojedynczych odcinków jelita biodrowego. Zapalenie otrzewnej znaleziono przy operacyi 16 razy, a zgorzel jelita 6 razy (w przyp. 43 już po 18 godzinach).

Leczenie operacyjne polegało na odkręceniu jelita, w razie zaś nadzwyczaj wielkiego wzdęcia, sprawiającego znaczne trudności w odprowadzeniu jelit do jamy brzusznej, na nacięciu ściany jelita i wypuszczeniu treści z następowem zeszyciem (11 razy).

W przypadkach zgorzeli musiano 2 razy wykonać rozległe wycięcie jelita; oba przypadki zakończyły się niepomyślnie. Raz wobec rozpaczliwego stanu chorego założono rzyć sztuczną; przypadek ten skończył się również zejściem śmiertelnem.

Odpowiednio też do tak niepomyślnych warunków otrzymano wyleczenie zaledwie w 6 przypadkach t. j.: 25%.

TABLICA III.

Skręt kątnicy. *Torsio coeci.* Przypadków 5.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
56*	Marya Stankiewicz, l. 48.	4 dni	Siły mierne. Wymioty dość częste. Bóle napadowe. Brzuch kulisto wzdęty. Wzdęcie miejscowe. Ruchy jelit wybitne.	*Torsio coeci.*	*Detorsio.*	Kątnica okręcona około swej krezki. W jamie brzusznej sporo płynu przesączynowego.	*Torsio coeci.*	*Sanata* w 20 dni.	
57	Jędrzej Baran, l. 28.	4 dni	Zapad. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie duże, wzdęcie miejscowe. Ruchy jelit widoczne.	*Torsio coeci.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Jelito cienkie silnie rozdęte.	*Torsio coeci.*	*Mors* w 3 dni.	Sekcya: *Pneumonia Peritonitis.*
58	Michał Betlej, l. 43.	4 dni	Stan lichy. Wymioty częste. Bóle stałe, bolesność w okolicy kątnicy. Znaczne jednostajne wzdęcie. Okresowo zarysowanie się pętli jelitowych powyżej pępka. Ruchów niema.	*Occlusio mechan.*	*Resectio coeci. Enterorhaphia m. Landerer.*	Złogi wypociny. Ciecz krwawa, mętna. Jelito biodrowe rozdęte. Kątnica 2 razy okręcona, zgorzelinowa.	*Torsio coeci. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
59	Wincenty Kłos, l. 30.	4 dni	Kilkakrotnie podobne przypady. Stan dość dobry. Nudności. Wzdęcie walcowate. Rysowanie się wybitne pętli jelitowych. Ruchów niema.	*Torsio flex. sigm.*	*Detorsio. Enterotomia.*	Część jelita biodrowego silnie rozdęta. Kątnica pokryta wypociną włóknikową.	*Torsio coeci. Peritonitis.*	*Mors* w 36 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
60	Dwojra Schnürer, l. 50.	3 dni	Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne, wzdęcie miejscowe. Ruchy jelit wybitne.	*Torsio coeci.*	*Detorsio.*	Jelito biodrowe miernie wzdęte.	*Torsio coeci.*	*Sanata* w 25 dni.	

Skręt samej kątnicy należy do dość rzadkich postaci niedrożności jelit, a nawet wedle Leichtensterna chodzi tutaj raczej o boczne zagięcie kątnicy. W naszych przypadkach kątnica o długiej kresce była około osi w wymiarze strzałkowym okręcona tak, że koniec jelita biodrowego i kiszka wstępująca tuż na przejściu w kątnicę stanowiły szypułę. Na pięciu chorych, przyjętych między 3 a 4 dniem choroby, 4 było między 30 a 60 rokiem życia. Wśród zupełnego zdrowia bez poprzednich podobnych objawów (z wyjątkiem przyp. 59, w którym podobne przypady pojawiały się już kilkakrotnie), występowały gwałtowne bóle napadowe z częstemi wymiotami i zupełnem zatrzymaniem stolca i wiatrów.

Badanie wykazywało znaczne niejednostajne wzdęcie brzucha z dokładnie wybadalnem wzdęciem miejscowem w 3 przypadkach w postaci guza kulistego, silnie napiętego, nieruchomo usadowionego na talerzu biodrowym prawym. W 2 przypadkach nie wybadano wzdęcia miejscowego. tylko zarysowywały się poprzecznie pętle jelita cienkiego, zajętego wzdęciem zastoinowem.

Ruch robaczkowy jelit spostrzegano 3 razy (56, 57, 60). Zapalenie otrzewnej istniało już podczas operacyi u 2 chorych (58, 59), a raz (58) spostrzegano zgorzel kątnicy.

Stosownie do znalezionych stosunków odkręcono kątnicę 4 razy, przyczem 2 razy nacięto ją w celu wypuszczenia nagromadzonej treści, w przypadku zaś 59 wycięto z powodu zgorzeli kiszkę i połączono odcinki guzikiem Landerera z wynikiem niepomyślnym. Chorych wyzdrowiało 2 t. j. 40%.

TABLICA IV.

Zadzierzgnięcie. *Strangulatio*. Przypadków 16.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
61*	N. N., żołnierz, l. 21.	5 dni	Przedtem bywały już podobne przypady. Ból. Wymioty. Innych objawów nie zanotowano.	*Occlusio intest. interna.*	*Lysis.*	Jelita bardzo zaczerwienione i przyciśniete taśmą, którą przecięto.	*Strangulatio. Peritonit.*	*Mors* w 48 godzin.	
62*	Anna Juszczak, l. 33.	3 dni	Pobolewanie od 4 miesięcy. Wzdęcie kopułowate. Ruch jelit wybitny. Wymioty.	*dtto*	*Lysis.*	Od wyrostka robaczkowego do kątnicy dwie taśmy, pod któremi pętla jelitowa.	*Strangulatio ilei.*	*Sanata* w 2 tygodnie.	
63*	Bronisława Bogucka, l. 18.	8 dni	*Facies Hippocrat.* Majaczenia, zrywanie się. Wzdęcie kuliste. Wymioty kałowe.	*Occlusio intest. interna. Peritonitis.*	*Lysis.*	Taśma z sieci do kątnicy, a pod nią pętla jelit z poczynającą się zgorzolą.	*Strangulatio ilei. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w kilka godzin.	Sekcya wykazała obok *peritonitis* zmiany durowe.
64*	Józef Hinner, l. 45.	8 dni	Siły dobre. Ból. Wymioty. Wzdęcie jednostajne, beczkowate.	*Occlusio intest. int. mechan.*	*dtto*	Taśma grubości małego palca.	*Strangulatio ilei.*	*Mors* w 22 dni.	7 dnia zapalenie płuc. Sekcya wykazała zapalenie płuc. W jamie brzusznej zmian niema.
65*	Monika Trzupek, l. 30.	?	?	?	*Resectio intest.*	?	*Incarceratio interna int. ilei post perimetritid.*	*Mors* w kilka godzin.	?

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
66*	Marya Kasztor, l. 45.	16 godzin	Przed 4 tygodniami *Hysterectomia supravaginalis*. Nagły ból napadowy. Wymioty. Ruch jelit wybitny.	*Infractio vel strangulatio.*	*Lysis.*	Taśma z sieci do jelita i do ściany.	*Strangulatio.*	*Sanata* w 2 tygodnie.	
67*	Wojciech Jastrzębski, l. 27.	7 dni	Siły małe. Wymioty kałowe. Bóle znaczne. Wzdęcie jednostajne.	*Peritonitis ad occlus. mechanic.*	*Lysis.*	Taśma utworzona z resztek *ductus omphalomesentericus.*	*Strangulatio.*	*Mors* w 2 godziny.	Napad padaczkowy przed operacyą, po operacyi drugi napad, w którym chory zginął.
68*	Jan Klaczok, l. 24.	12 dni	Wymioty kałowe. Brzuch beczkowaty. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	W kanale pachwin. przesznurowanie przez zrosty.	*Strangulatio.*	*Mors* 9 dnia.	6 dnia zapalenie płuc.
69*	Chune Feuereisen, l. 36.	3 dni	Ból znaczny. Wymioty częste, kałowe. W okolicy kątnicy wypukłość z oporem. Ruch jelit istnieje, lecz mały.	*dtto*	*dtto*	Taśma grubości zapałki.	*dtto*	*Mors* w 3 godziny.	*Asphyxia vomitoria.*
70*	Gryne Verstaendigowa, l. ?	11 dni	Siły słabe. Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Brzuch kulisty. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	W krezce otwór, przez który wsunęła się pętla jelitowa. Otrzewna zaczerwieniona.	*Strangulatio. Peritonitis.*	*Mors* w 12 godzin.	
71*	Marya Sierpowa, l. 39.	2 dni	Dzień przedtem *herniotomia.* Ból dalej. Wymioty. Ruch jelit wybitny.	*dtto*	*Lysis. Resectio intest.*	Taśma w pobliżu ujścia wewnętrzn. kanału pachwin. Zgorzel jelita.	*Strangulatio. Gangraena intest.*	*Sanata* w 3 tygodnie.	

72	Krystyna A—Z, l. 59 (patrz 17*).	4 dni	Stan dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. W okolicy pępka wzdęcie miejscowe w postaci 2 wyniosłości. Ruchów niema.	*Accretiones cum strangulatione.*	*Lysis.*	Pętla jelita cienkiego uwięzgnięta między zrostami.	*Strangulatio.*	*Sanata* w 2 tygodnie.	Przed 4 miesiącami operowana z powodu skrętu pętli esowatej.
73	Franciszka Kulczak, l. 32.	10 dni	Zapad. Wymioty kałowe. Obok bólu stałego silne bóle napadowe. Wzdęcie znaczne, po stronie lewej nad pępkiem większa oporność. Wśród bólu nieznaczny ruch jelit.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Resectio intestini.*	Po stronie lewej pierścień utworzony przez sieć, w którym pętla jelita cienkiego b. rozdęta, zgorzelinowa; zapalenie otrzewnej.	*Strangulatio. Gangraena intest.*	*Mors* w 12 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
74	Chaim Rosner, l. 48.	5 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne, nad pępkiem zarysowane pętle jelit. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	Wśród zrostów uwięzgnięta, b. rozdęta pętla jelita biodrowego.	*Strangulatio ilei.*	*Mors* w 48 godzin.	Sekcya: *Peritonitis*
75	Feliksa Blicharz, l. 12.	4 dni	Od kilku lat silne bóle brzucha, pojawiające się co kilka miesięcy. Stan bardzo lichy. Wymioty ciągłe. Bóle stałe. W okolicy kątnicy wypuklenie i opór obok wzdęcia jednostajnego. Ruchów niema.	*Peritonitis ad appendicit.*	*Resectio process. vermiform.*	*Empyema process. vermiformis*, który tworzy pętlę zaciskającą. Zapalenie otrzewnej.	*Strangulatio ilei Peritonitis.*	*Mors* w 24 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
76	T.....a, kobieta, l. 54.	3 dni	Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Guz nad spojeniem łonow. Zarysowanie pętli jelitow. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. int. mech.*	*Lysis.*	Taśma od torbiela jajnikowego tworzy pierścień.	*Strangulatio.*	*Sanata* w 3 tygodnie.	

Zadzierzgnięcie ze względu na możliwość rozmaitych kombinacyi stosunków anatomicznych przedstawia obraz, najtrudniej dający się ująć w stałe ramy; odpowiednio też do tego rozpoznanie najwięcej tu nastręcza trudności.

Z 16 chorych, zgłaszających się między 16 godzinami a 12 dniami (średnio po 5·6 dniach) choroby, 8 liczyło od 30 do 50 lat życia.

W wywiadach należy podnieść, że 3 chorzy już od dłuższego czasu cierpieli na przypadłości w zakresie przewodu pokarmowego, 3 zaś (66, 71, 72) przebyli już poprzednio operacye brzuszne. Początek choroby bywał nagły. Wymioty u 15 chorych były bardzo częste, a 6 razy (63, 67, 68, 69, 70, 73) kałowe. Bóle występowały napadowo; w jednym tylko przypadku (75) istniał ból jednostajny obok bolesności przy ucisku *(peritonitis)*. Badanie wykazywało wzdęcie brzucha wogóle znaczne z dającem się wykazać w 4 przypadkach wzdęciem miejscowem, a 2 razy z zarysowaniem poprzecznem pętli jelitowych, zajętych wzdęciem zastoinowem. Ruch robaczkowy spostrzegano 9 razy, 2 razy ruchu nie było (72, 75); w pozostałych 5 przypadkach brak dokładnych notatek.

Najczęstszą przyczyną zadzierzgnięcia są wytwory zapalenia otrzewnej, dalej uchyłek Meckela, wreszcie wyrostek robaczkowy. Przez wytwory zapalenia otrzewnej rozumiem taśmy, mające albo jeden, albo 2 punkty przyczepienia, dalej przyrośnięcie sieci do poszczególnych narządów, przyrośnięcie wolnego końca wyrostka robaczkowego, wreszcie wytworzenie przez zrosty nieprawidłowych otworów. Mechanizm zadzierzgnięcia przedstawiał w naszych przypadkach dwa główne typy, a mianowicie albo jeden z powyżej przytoczonych czynników tworzył pętlę, zadzierzgającą jelito, albo też, rozciągnięty nad częściami niepodatnemi, wytwarzał niejako rodzaj bramy przepuklinowej, przez którą przesuwała się pętla jelitowa.

Uwięzgnięcia, powstałego przez przerzucenie pętli ponad taśmę, opisanego przez Trevesa, ani uciśnięcia jelita przez krezkę, opisanego przez Schnitzlera, nie spostrzegaliśmy.

Uprzytomniwszy sobie znaczenie zapalenia otrzewnej w tej postaci niedrożności zrozumiemy łatwo, dlaczego zadzierzgnięcie spotykamy częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Podczas gdy skręt kiszki esowatej spostrzegaliśmy u 22 mężczyzn a 9 kobiet, skręt jelita biodrowego u 19 mężczyzn, a 5 kobiet, skręt kątnicy u 3 mężczyzn, a 2 kobiet, to zadzierzgnięcie przedstawia odwrotny stosunek, a mianowicie dotyczyło ono 10 kobiet, a 6 mężczyzn. — Zapalenie otrzewnej istniało już podczas operacyi w 7 przypadkach, a 5 razy istniała zgorzel jelita.

Pętle uwolniono 13 razy, jelito wycięto z powodu zgorzeli 3 razy (65, 71, 73), raz (71) z wynikiem pomyślnym.

W ogóle wyleczono chorych 7 t.j. 43·7 %.

TABLICA V.

Wrzekome odprowadzenie przepukliny. *Repositio spuria herniae.* Przypadków 7.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
77*	F. B., l. 62.	4 dni	*Hern. ingu. interst.* Odprowadzenie mimowolne przy badaniu. Przypady nie następują. Ruchy jelit wybitne.	*Repositio spuria herniae incarc.*	*Lysis.*	W jamie brzusznej płyn ciemny, mętnawy.	*Repositio spuria herniae incarc.*	*Mors* w 10 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
78*	Wojciech Zieliński, l. 36.	3 dni	Bóle. Wymioty kałowe. Wypukłość w okolicy kanału pachw. praw. Ruchy jelit wybitne.	*dtto*	*Lysis.*	Wydobyto pętlę 12 cm. długą, ciemno-czerwoną, lecz dobrze utrzymaną.	*dtto*	*Sanatus.*	
79*	Lejzor Beck, l. 42.	4 dni	Sińce w okolicy pachwinowej. Wymioty kałowe. Guz macalny powyżej więzu *Pouparta.*	*dtto*	*Resectio intestini Entero-rhaphia.*	Pętla w 3 miejscach naddarta.	*dtto*	*Mors* w 3 godziny.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
80*	Józef Marchewka, l. 32.	8 dni	Wymioty kałowe. Moszno wciągnięte. Brzuch kulisty. Ruch jelit wybitny.	*dtto*	*Lysis.*	Przyczyną uwięzgnięcia była taśma w ścianie worka przepuklinow.	*dtto*	*Sanatus.*	
81*	Gołda Schindler, l. 52.	?	Objawy zapalenia otrzewnej.	*Repositio spuria herniae crural. dextr.*	*Lysis.*	?	*dtto*	*Mors* w 36 godzin.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
82	Abraham Goldschmid.	3 dni	Stan dobry. Wymioty częste. Bóle silne napadowe. Wzdęcie małe. Palec wprowadzony przez kanał pachwinowy wyczuwa wzdęcie miejscowe. Ruch jelit wybitny.	*Repositio spuria hern. ingu.*	*Lysis.*	Jelito cienkie uwięzgnięte, zaczerwienione. Powyżej jelito rozdęte.	*dtto*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	
83	Jakób Szczepański, l. 28.	2 dni	Stan dobry. Wymioty częste. Bóle silne. Wzdęcie mierne. Palcem wprowadzonym przez kanał pachwinowy daje się wyczuć wzdęcie miejscowe. Ruch jelit wybitny.	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*dtto*	*Sanatus* w 2 tygodnie.	

Chorzy w wieku średnim, gdyż 4 było między 50 a 60 rokiem życia, zgłaszali się pomiędzy 2 a 8 dniem choroby, średnio po 4 dniach.

Wśród nagle występujących bólów pojawiały się częste wymioty, które u 3 chorych (78, 79, 80) przeszły w kałowe.

Brzuch zazwyczaj był mało wzdęty. Wzdęcie miejscowe dawało się łatwo wybadać (6 razy) a mianowicie palcem, wprowadzonym przez bramę przepuklinową, można było wyczuć guz równy, bolesny, elastyczny, nieruchomy.

Ruch robaczkowy jelit spostrzegano w 5 przypadkach.

Zapalenie otrzewnej wikłało obraz chorobowy 3 razy, a raz (79) jelito uległo zgorzeli. Z wyjątkiem też tego jedynie przypadku, w którym musiano jelito wyciąć, w innych postępowanie zasadzało się na uwolnieniu pętli jelitowej i wycięciu worka przepuklinowego po poprzedniem jego podwiązaniu od wewnątrz. Wyleczono chorych 4 t. j. 57 %.

TABLICA VI.

Przepuklina podkątnicza. *Hernia subcoecalis.* Przypadek 1.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
84	Józef Mól, l. 37.	2 dni	Stan dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Silne ruchy robaczkowe. Wzdęcie mierne niejednostajne.	*Occlusio intest. interna mechan.*	*Lysis.*	Pod kątnicą jamka wielkości jaja gęsiego.	*Hernia subcoecalis.*	*Sanatus* w 3 tygodnie.	

W przypadku tym po otwarciu jamy brzusznej przekonałem się, że kątnica jest podniesiona ku przodowi, a więc przypadła do przedniej ściany brzusznej, a pod nią znajduje się uchyłek wielkości jaja gęsiego; uchyłek utworzony jest od przodu przez tylną ścianę kątnicy na przejściu jej w kiszkę wstępującą, od tyłu przez otrzewnę ścienną, od góry przebiegał fałd otrzewnej półksiężycowato z wklęsłością ku dołowi. Otwór prowadzący do uchyłka, a drożny, jak się później przekonałem, dla 2 palców, był zwrócony nieco ku dołowi i stronie lewej. Otrzewna tak ścienna, jak i jelitowa w okolicy kątnicy i wyrostka robaczkowego nie przedstawiała żadnych zmian. Przez nakarbowanie górnego fałdu zdołałem wyjąć z pod kątnicy rozdętą pętlę jelita cienkiego. Część doprowadzająca była rozdęta, część odprowadzająca zapadła. Na granicy między pętlą uwięzgniętą, a częścią doprowadzającą, z drugiej strony zaś odprowadzającą, istniały wybitne rowki pochodzące od ucisku bramy przequklinowej. Dla uniknięcia nawrotu zamknąłem otwór uchyłka podkątniczego t. j. przyszyłem tylną ścianę kątnicy do tylnej otrzewnej ściennej.

TABLICA VII.

Wgłobienie ostre. *Invaginatio acuta.* Przypadków 15.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
85*	Karol Korzeniowski, l. 63.	8 dni	Siły słabe. Wymioty. Bolesność. Brzuch wzdęty wokoło, po środku mniej, nad lewym w. *Pouparta* Obrzęk twardy.	*Invaginatio. Peritonitis.*	*Resectio intest. Enterorhaphia.*	*Peritonitis.* Część wpochwiona uległa zgorzeli. Wycięto 95 cm.	*Invaginatio. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 10 godzin.	Po operacyi 2 stolce. Sekcya: *Peritonitis septica.*
86*	Agnieszka Chosała, l. 38.	8 dni	W stolcu śluz. Wzdęcie niejednostajne, guz w poprzek. *Per rectum* czuć obrączkę.	*Invaginatio. Peritonitis.*	*Anus praeter naturam.*	Kiszka zstępująca wtłoczona w kiszkę esowatą. Poprzecznica rozdęta. Otrzewna nastrzykana, sina.	*Invaginatio colica Peritonitis.*	*Mors* w 5 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
87*	N. N., dziecko, 3 miesiące.	2 dni	Wymioty. Brzuch wzdęty. Obrzęk walcowaty poprzeczny.	*Invaginatio.*	*Desinvaginatio.*	Część jelita biodrowego wtłoczona w kątnicę. Odprowadzenie trudne, niektóre miejsca podejrzane.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 24 godzin.	Stolec po operacyi.
88*	Jan Kołodziej.	3 dni	Siły słabe. Wymioty kałowe. Bóle znaczne. Guz w okolicy kątnicy.	*Invaginatio.*	*Resectio intest. Enterorhaphia.*	Jelito biodrowo wgłobione w kątnicę, owrzodzenia dyfterytyczne.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 10 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
89*	Leib Bior, l. 26.	10 dni	Siły słabe. Wymioty. Wzdęcie niejednostajne. Stłumienie w okolicy kątnicy.	*Invaginatio.*	*Resectio intest. Enterorhaphia.*	Jelito biodrowe wtłoczone w kątnicę, zgorzel 20 cm.	*Invaginatio ileo-coecalis Gangraena Peritonitis.*	*Mors* w 7 godz.	Sekcya: *Peritonitis.*

90*	Franciszka Ziembowa, l. 43.	14 dni	Siły małe. Czkawka. Wzdęcie niejednostajne. Guz po str. lewej. Ruch jelit wybitny.	*Invaginatio.*	*Desinvaginatio.*	Jelita bardzo zmienione. Rozpoczynające się zapalenie otrzewnej.	*Invaginatio. Peritonitis.*	*Mors* w 36 godzin.	Sekcya: *Peritonitis septica.*
91	Mojżesz Finkelstein, l. 60.	11 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle napadowe. Bolesność mierna. Wzdęcie mierne. Ruch robaczkowy wybitny.	*Strangulatio.*	*Desinvaginatio. Anus praeter naturam.*	Jelito biodrowe wtłoczone w kiszkę wstępującą.	*Invaginatio ileo colica. Peritonitis. Gangraena. int.*	*Mors* w 24 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
92	Marya Pękalska, l. 68.	3 dni	Stan zły. Bóle napadowe co kilka minut. Wzdęcie kopułowate, nad lewym w. Pouparta charakterystyczny guz. Pętle zarysowane poprzecznie. Ruch jelit wybitny.	*Invaginatio.*	*Desinvaginatio.* Przy odprowadzeniu otrzewna jelitowa w kilku miejscach pękła. Odprowadzenie trudne.	Jelito cienkie wtłoczone w kiszkę grubą aż do kiszki esowatej.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 36 godzin.	Po operacyi kilka stolców. Sekcya: *Peritonitis.*
93	Marya Paleta, l. 46.	6 dni	Stan ogólny lichy. Nudności. Silne bóle napadowe. Bolesność w okolicy kątnicy. Brzuch wzdęty znacznie, niejednostajnie. Stłumienie nad kątnicą. Rysowanie się pętli a podczas bólu ruchy wybitne. Ciepłota normalna.	*Occlusio mechan. probab. Torsio coeci.*	*dtto*	Jelita silnie przekrwione. Ostry obrzęk gruczołów krezkowych.	*Invaginatio ileo-colica.*	*Mors* w 8 godzin.	Po operacyi stolec. Sekcya: owrzodzenia durowe w jelicie biodrowem.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
94	Mendel Bergglas, l. 40.	3 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle napad. W stolcu śluz. Brzuch miernie wzdęty. Charakterystyczny guz w okolicy kątnicy. Ruchy wybitne.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Resectio Enterorhaphia.*	Odprowadzić nie było można. Część wpochwiona zgorzelinowa.	*Invaginatio ileo-coecalis* (aż do *colon descendens).*	*Mors* w 5 dni.	Sekcya: *Peritonitis.*
95	Mikołaj Czech, l. 33.	5 dni	Siły słabe. Z początku z otworu stolcowego krew. Wymioty częste. Bóle napadowe. Brzuch miernie wzdęty. Nad pępkiem guz charakterystyczny wielkości 2 pięści.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Resectio* 20 cm. *ilei, coecum, colon ascendens, trans. versum* i *colon descendens.* Za pomocą guzika Murphy'ego implantacya *ilei* do *S Roman.*	Próby odprowadzenia bez skutku.	*Invaginatio ileo-coecalis* (aż do *S Roman).*	*Mors* w 10 godzin.	
96	Arnold Fraenkel, l. 9.	5 dni	Uderzenie w brzuch. Stan b. zły. Wymioty częste, kałowe. Bóle jednostajne. Bolesność znaczna. Brzuch bardzo silnie, jednostajnie wzdęty. W pierwszych dniach choroby miały być wybitne ruchy robaczkowe jelit.	*Peritonitis ad occlusionem mechanicam.*	*Resectio ilei* 30 cm.	Zgorzel części wgłobionej a także częściowo i pochwy. Przedziurawienie szyjki tejże. Kał w jamie otrzewnej. Szczyt wgłobienia tworzył uchyłek Meckela.	*Invaginatio iliaca. Perforatio ilei gangraenosi. Peritonitis.*	*Mors* w 3 godziny.	

97	Teofil Król, l. 39.	5 dni	Stan dość dobry. Wymioty. Bóle napadowe. Brzuch mało bolesny. Wzdęcie niejednostajno znaczne. Ruchów niema.	*Occlusio mechan.*	*Desinvaginatio* trudna, naddarcie otrzewnej jelitowej. Worek Mikulicza	Jelita zaczerwienione.	*Invaginatio ileo-coecalis.*	*Mors* w 3 dni.	Sekcya: *Pneumonia crouposa.*
98	Zofia Baran, l. 47.	10 dni	Stan zły. Wymioty. Bóle napadowe, bolesność. Wzdęcie duże, niejednostajne, zarysowanie pętli jelitowych, ruch wśród bólu.	*Occlusio mechan.*	*Resectio Entero-rhaphia.*	Zgorzel części wgłobionej, a na przestrzeni guldena przedziurawienie zgorzelinowej pochwy.	*Invaginatio iliaca. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 15 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
99	Franciszek Piekarczyk, l. 32.	11 dni	Stan zły. Wymioty częste. Silne bóle napadowe. Bolesność. Wzdęcie niejednostajno. Charakterystyczny guz. Ruchy jelit wybitne.	*Invaginatio.*	*Resectio intestin. Anus praeter. natur.*	Zgorzel części wgłobionej. Zapalenie otrzewnej.	*Invaginatio colica. Gangraena. Peritonitis.*	*Mors* w 6 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*

W tej gromadzie w przeciwstawieniu do innych statystyk przeważa w naszem zestawieniu wiek dorosły, gdyż na 15 chorych zaledwie 2 liczy poniżej lat 10.

U ludzi przedtem zupełnie zdrowych (wyjątek stanowi chora 93, u której sekcya wykazała owrzodzenia durowe) bez widocznej przyczyny (z wyjątkiem 96, uderzenie w brzuch) nagle występowały gwałtowne bóle, a obok tego często wymioty. Równocześnie pojawiało się zatrzymanie stolca i wiatrów, trwające przez cały czas choroby, a tem uciążliwsze, że połączone z silnem parciem.

Wydzielanie się z kiszki odchodowej śluzu i krwi, podnoszone zazwyczaj do znaczenia przypadu znamiennego (patognomonicznego), spostrzegaliśmy tylko w 3 przypadkach; wobec tego na podstawie naszych spostrzeżeń, a z drugiej strony ze względu na to, że objaw ten spotykamy i w innych postaciach niedrożności, objawowi temu nie przypisujemy takiego znaczenia. Badanie wykazywało niejednostajne wzdęcie brzucha (14 razy) z zarysowaniem rozdętych pętli jelitowych. Wzdęcie w 7 przypadkach dochodziło znacznych rozmiarów, w 7 zaś miernego stopnia. Ruchy robaczkowe (8 razy na 10 zanotowanych) pojawiały się wśród napadu bólów. Brzuch zazwyczaj był niebolesny, a tylko 4 razy pojawiła się bolesność ograniczona, odpowiadająca miejscu wgłobienia.

W głębi brzucha daje się wybadać guz bardzo znamienny i to w naszej statystyce 8 razy na 14 zanotowanych przypadków; 2 razy

tylko stłumienie zdradzało siedzibę wgłobienia, a w 4 przypadkach (91, 96, 97 i 98) ani guza, ani stłumienia nie było można wykazać.

Zestawienie rodzaju wgłobienia wykazuje:

invaginatio	*ileo-coecalis*	7 razy	(87, 88, 89, 92, 94, 95, 97)
„	*colica*	2 razy	(86, 99)
„	*ileo colica*	2 razy	(91, 93)
„	*iliaca*	2 razy	(96, 98).

(W 2 historyach chorób nie podano dokładnie rodzaju wgłobienia).

Zmiany w jelicie występowały bardzo szybko, gdyż 10 razy znaleziono zgorzel jelita, a między tymi w 2 przypadkach zgorzel zajmowała tak część wgłobioną, jak i pochwę. Zapalenie otrzewnej pojawiło się 5 razy, z czego 2 razy (96 i 98) wskutek przedziurawienia jelita.

Wobec tych stosunków odprowadzono wgłobienie 5 razy. Wycięto wgłobienie z założeniem szwu okrężnego 7 razy, w 2 przypadkach założono rzyć sztuczną, a u jednego chorego wycięto część zgorzelinową i wszyto odcinki w ranę brzuszną. To operacyjne leczenie dało nam nadzwyczaj niepomyślny wynik, gdyż wszyscy chorzy zmarli. Wynik taki mógłby odstraszyć od zabiegów operacyjnych i raczej skłonić do taktyki wyczekiwania, względnie leczenia środkami wewnętrznymi, tem więcej, że cały szereg przypadków, w ten sposób pomyślnie leczonych, znany jest w literaturze.

Zważywszy jednakowoż, że takie samo wyleczenie stanowi zaledwie maleńki odsetek wśród przypadków śmiercią zakończonych i z tego też powodu nie ogłaszanych; zważywszy dalej, że działając od zewnątrz, a nie znając dokładnie stanu jelita, możemy bardzo łatwo sprowadzić przedziurawienie zmienionego jelita przez zastosowanie energiczniejszych środków mechanicznych, jak wlewania, nadymania, mięsienie, wreszcie, że nigdy nie możemy mieć pewności skutecznego odprowadzenia, uzyskanego w ten sposób, nie podobna nabrać przekonania do leczenia wewnętrznego, na co się zresztą zgadzają prawie wszyscy wybitni klinicyści.

Przeglądając nasze zestawienie, musimy przyjść do przekonania, iż zły wynik stoi w prostym stosunku do czasu trwania choroby. Następujące zestawienie:

ilość dni choroby	2	3	5	6	8	10	11	14
ilość chorych	1	3	3	1	2	2	2	1

wykazuje, że chorzy nasi zgłaszali się o pomoc lekarską nadzwyczaj późno, gdyż średnio po 6 dniach choroby, a więc wśród zupełnego upadku sił i daleko posuniętych zmian jelit.

Chcąc nabrać jasnego poglądu, czy wcześniejsze operacye dają rzeczywiście pomyślniejszy wynik, musiałem się zwrócić do innych zbio–

rowych statystyk z dokładnie oznaczonym czasem choroby. W statystyce Rydygiera znalazłem takich przypadków 29 (4, 12, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 24, 26, 42, 43, 44, 48, 51, 52, 53, 55, 63, 65, 66, 67, 72, 74, 75, 76, 78, 82, 86); oprócz tego zestawiłem z piśmiennictwa 21 pojedynczych spotrzeżeń, a mianowicie:

Autor	Płeć, wiek	Czas trwania choroby	Rozpoznanie	Zabieg	Wynik
1) Ainsley	Dziecko 11 m.	$6^1/_2$ godz.	*Invagin. ileo-coec.*	*Desinvag.*	*San.*
2) Pollard	Dziecko 7 m.	22 godz.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag.*	*San.*
3) Holländer	Kobieta 16 l.	2 dni	*Invag. iliaca.*	*Desinvag.*	*San.*
4) Tenże	Kobieta 21 l.	6 dni	*Invag. iliaca.*	*Resectio* 70 cm. *ilei* Murphy.	*San.*
5) Karolina Eskelin	?	3 dni	*Invaginatio iliaca.*	*Resectio anus praet. natur.*	*Mors.*
6) Tenże	?	4 dni	*Invag. ileo-coecal.*	*Resectio anus praet. natur.*	*Mors.*
7) A. Lindh	Dziecko 5 m.	Kilka godzin	Kilkakrotne wgłobienie aż do kiszki zstępującej.	*Desinvag.* (trudna).	*San.*
8) Broca	Dziecko 5 m.	6 dni	*Invag.*	*Desinvag.*	*Mors.*
9) Tenże	Dziecko 6 m.	2 dni	*Invag.*	*Desinvag.*	*San.*

Autor	Płeć, wiek	Czas trwania choroby	Rozpoznanie	Zabieg	Wynik
10) Poppert	?	2 dni	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag.*	*San.*
11) Alsberg	Mężczyzna 11 l.	36 godz.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag.* (rozdarcie otrzewnej).	*San.*
12) Cordua	Dziecko 9 l.	4 dni	*Invag. iliaca.*	*Resectio.*	*Mors.*
13) Tenże	Dziecko $1^1/_2$ roku	7 dni	*Invag. Gangraena. Peritonitis.*	*Ileostomia.*	*Mors.*
14) Tenże	Dziecko $3^1/_4$ roku.	4 dni	*Invag. ileo-coec.*	*Anus praet. natur.*	*Mors.*
15) Tenże 16) "	Dziecko 6 m. 9 m.	48 godz.	*Invag.*	*Desinvag.*	*Mors.*
17) 18) 19) 20) 21) Tenże	Dzieci w wieku od 4 do 16 miesięcy.	48 godz.	*Invag.*	*Desinvag.*	*San.*

Na 50 więc przypadków spotykamy 18 wyleczeń, a mianowicie w zestawieniu Rydygiera 5 (13, 19, 51, 55, 75), w powyższem zaś mojem zestawieniu 13 (1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 21). W pierwszych 60 godzinach choroby leczono 23 z 16 wyleczeniami czyli 69%; powyżej zaś 30 godzin z 27 przypadków zaledwie 2 wyzdrowiało, co stanowi 7%.

Zestawienie to jasno więc wskazuje, że z chwilą rozpoznania wgłobienia ostrego powinniśmy, nie tracąc czasu na niepewne, a nawet niekiedy szkodliwe stosowanie mechanicznych środków leczniczych, przystąpić do operacyi.

Ogólnie biorąc postępowanie nasze odpowiadało zapatrywaniom Rydygiera z wyjątkiem polecanych przez niego środków mechanicznych, a to z powodów wyżej podanych.

Należy zarazem tutaj podnieść, że jedynie odprowadzenie jelita daje widoki wyleczenia, gdy tak założenie rzyci sztucznej, jak i wycięcie jelita wyjątkowo tylko kończą się pomyślnie. I tak w literaturze zdołałem wynaleść zaledwie trzy przypadki wycięcia jelita z powodu ostrego wgłobienia, uwieńczone wyleczeniem.

TABLICA VIII.

Wgłobienie przewlekłe. *Invaginatio chronica.* Przypadków 9.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
100	Antonina Wójcik, l. 29.	7 dni	Stan dobry. Nudności. Bóle napadowe. Brzuch miernie wzdęty. W okolicy kątnicy charakterystyczny guz. Ruchy jelit wybitne.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Dość znaczny obrzęk części wgłobionej.	*Invagin. ileo-colica.*	*Sanat.* w 4 tygodnie.	W przebiegu pooperacyjnym zapalenie płuc.
101	Józef Kozobudzki, l. 47.	6 dni	Stan dobry. Wymioty raz tylko. Bóle napadowe. Wzdęcie brzucha mierne. Guz poprzeczny, charakterystyczny. Ruch jelit wybitny.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Obrzęk części wgłobionej a zwłaszcza kątnicy.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.* w 3 tygodnie.	
102	Wiktorya Pająkowska, l. 42.	8 dni	Stan dobry. Nudności. Bóle silne napadowe. Wzdęcie małe. Guz charakterystyczny. Stawianie się guza wśród bólów obok ruchów jelit.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Kątnica, stanowiąca szczyt wgłobienia, znacznie obrzękła.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.* w 5 tygodni.	W 6 godzin po operacyi obfite stolce, zmieszane z krwią, utrzymujące się przez 4 dni.
103*	Mojżesz Buchsbaum,	35 dni	Wymioty. Bóle b. silne napadowe. Wzdęcie mierne. Guz wielkości pięści po stronie lewej.	*Invag.*	*Desinvag.*	Blisko połowa jelit cienkich wraz z kątnicą wtłoczona do grubych.	*Invag. ileo-coec.*	*Mors* w 4 dni.	Bóle po operacyi ustąpiły.

104	Teodor Koziarz, l. 56.	70 dni	Stan dość dobry. Stolce co kilka dni ze śluzem. Bóle napadowe b. silne. Wzdęcie mierne. Pod łukiem żebrowym lewym guz wielkości główki noworodka. Stawianie się guza obok ruchów jelit.	*Invag.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Dość znaczny obrzęk części wgłobionej.	*Invag. ileo-coec.* aż do *flex. lienal.*	*Sanat.* w 3 tygodnie.	
105	Franciszek Zabawa, l. 22.	90 dni	Znaczne wynędznienie. Przez cały czas biegunka, w stolcach śluz i krew. Bóle b. silne napadowe. Wymioty z początku choroby. Wzdęcie mierne. Guz charakterystyczny od zatoki biodrowej prawej do lewej nad pępkiem. Stawianie się guza obok ruchu jelit.	*Invag. ileo-coec.*	Po nieudałych próbach odprowadzenia *Implantatio ilei in flexur. sigmoideam.* W 3 miesiące później *resectio invagin.* t. j. około 1 m.	Wgłobienie sięga aż do kiszki esowatej. Przy następnej operacyi zgorzel szczytu wgłobienia i znaczne zrosty między częścią wgłobioną a pochwą.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.*	Operacya dwuczasowa z powodu znacznego osłabienia.
106	Klemens Salonek, l. 35.	63 dni	Stan mierny. Nudności. Stolce co kilka dni. Bóle napadowe b. silne. Wzdęcie mierne. Poprzeczny guz nad pępkiem. Ruch jelit wybitny.	*Invag. ileo-coec.*	*Desinvag. Coecopexia.*	Obrzęk części wgłobionej. Szczyt wgłobienia tj. kątnica okazuje jakby owrzodzenie.	*Invag. ileo-coec.*	*Sanat.* w 8 tyg.	Wytworzenie się przetoki kałowej w kątnicy; przetokę zaszyto. Wyleczenie zupełne.
107	Agnieszka Włoch, l. 40.	60 dni	Stan dobry. Co kilka dni stolec, czasami z krwią. Nudności. Silne bóle napadowe. Wzdęcia niema. Charakterystyczny guz poprzeczny tuż nad spojeniem łonowem. Ruch jelit wzmożony.	*Invag. ileo-coec. chronica.*	*Resectio int. ilei, coeci, coli ascendentis, transversi nec non descendentis.* Wor. Mik.	Zrosty między częścią wgłobioną a pochwą. Zgorzel szczytu wgłobienia.	*Invag. ileo-coec. chron.*	*Sanat.* w 4 tyg.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
108	Wojciech Szczurek, l. 17.	90 dni	Znaczne wynędznienie. Czasami zaparcie, to znów rozwolnienie. Bóle silne napadowe. Wzdęcie mierne. Guz od zatoki biodrowej prawej do łuku żebrowego prawego. Ruchy jelit wybitne.	*Invag. ileo-coec. chron.*	*Desinvag. resectio coeci.* Worek Mikulicza.	Znaczny obrzęk jelita biodr. i ślepego. Jelito ślepe zgorzelinowe.	*Invag. ileo-coec. chron.*	*Sanat.*	

Wgłobienie przewlekłe mieliśmy sposobność spostrzegać od 6, 7 względnie 8 aż do 90 dnia choroby. Przypadki 100, 101 i 102 (czas choroby 6, 7 i 8 dni) zaliczam do przewlekłych ze względu na przebieg kliniczny, jak i stosunki anatomiczne, znalezione wśród operacyi, a nie wykazujące znaczniejszych zaburzeń w krążeniu, pochodzących z uciśnięcia krezki.

Początek choroby u ludzi, dotychczas zdrowych, był dość nagły. Pierwszym objawem był silny ból, napadowo występujący stale w jednem miejscu. Bóle początkowo częste, później pojawiają się w dłuższych odstępach, nie tracą jednak nic na sile. Wymioty wystąpiły tylko w 3 przypadkach i to albo jednorazowo, albo kilkakrotnie z dłuższemi przerwami; u 4 chorych były tylko nudności, w pozostałych zaś 2 przypadkach nie pojawiły się ani nudności, ani wymioty. W żadnym z tych przypadków nie było zupełnego zatrzymania stolca i wiatrów, a tylko stosownie do zwężenia światła jelita raz pojawiało się zatwardzenie, to znów biegunka. 3 razy ze stolcem odchodziły śluz i krew. Stan ogólny chorych, początkowo zupełnie dobry, podupadł i pogarszał się odpowiednio do przewlekania się cierpienia.

Badanie brzucha wykazywało we wszystkich przypadkach prawie zupełny brak wzdęcia. Wśród bólów pojawiały się napadowo gwałtowne ruchy robaczkowe jelit, które wogóle były wybitniejsze, niż w przypadkach ostrych. Brzuch był niebolesny, a zawsze można było wybadać charakterystyczny guz. Rozpoznanie wgłobienia i to wgłobienia przewlekłego nie napotykało też u nas na żadne trudności.

Co do rodzaju wgłobienia, to 8 razy spotkaliśmy się z *invaginatio ileo-coecalis* a raz (100) z *ileo-colica.* Zmiany anatomo-patologiczne polegały w pierwszym rzędzie na znacznym obrzęku części wgłobionej; 2 razy (105 i 107) wytworzyły się silne zrosty pomiędzy pochwą a częścią wgłobioną; w 4 przypadkach (105, 106, 107 i 108) powstała zgorzel szczytu wgłobienia. Powyżej wgłobienia ściana jelita przerastała.

Leczenie polegało na zabiegu krwawym. W pierwszym rzędzie starano się po otwarciu jamy brzusznej odprowadzić wgłobienie, co się też powiodło 6 razy (100, 101, 102, 103, 104, 106) z większemi lub mniej-

szemi trudnościami, zależnemi głównie od obrzęku części wgłobionej. Czas trwania choroby w tych przypadkach wynosił 6, 7, 8, 35, 63, 70 dni.

W przypadkach *invaginatio ileo-coecalis*, w których ściana kątnicy z ujściem wyrostka robaczkowego stanowiła szczyt wgłobienia, zauważono przy odprowadzaniu dążność jej do natychmiastowego wpuklania się, co naturalnie musi usposabiać do nawrotu, jeżeli istnieją, dokładnie dotychczas nam nieznane, warunki powstawania wgłobienia. Toteż, aby temu zapobiedz, a z drugiej strony aby wykluczyć z jamy brzusznej niezupełnie zdrową ścianę jelita (106, w którym wytworzyła się po pewnym czasie przetoka kałowa) wszyto 5 razy (100, 101, 102, 104, 106) ścianę jelita, stanowiącą szczyt wgłobienia, w ranę brzuszną. Z tych 6 chorych 1 umarł (brak sekcyi), co stanowi 83·3 % wyzdrowień. W przypadku 108 musiano po odprowadzeniu wgłobienia wyciąć kątnicę z powodu zgorzeli. W przypadku 105 z powodu, że chory był nadzwyczaj wyniszczony, a odprowadzenie się nie powiodło, postąpiono dwuczasowo, a mianowicie najpierw połączono jelito, leżące powyżej wgłobienia, z kiszką, położoną poniżej wgłobienia, a dopiero w 3 miesiące później, kiedy stan chorego znacznie się poprawił, wycięto całe wgłobienie. Wreszcie w przypadku 107 wycięto odrazu całe wgłobienie, czyli część jelita biodrowego, kątnicę, kiszkę wstępującą, poprzeczną i zstępującą. Wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie tak, że ogólnie odsetek wyleczenia wgłobienia przewlekłego wynosi w naszem zestawieniu 88·8%.

Na podstawie przeto tego musimy wypowiedzieć zdanie, że i w przypadkach wgłobienia przewlekłego powinniśmy nie zwlekając przystąpić do operacyi, gdyż jedynie przez odprowadzenie wgłobienia możemy doprowadzić ustrój *ad integrum*, a jakkolwiek odprowadzenie udaje się i po dłuższym czasie, to jednakowoż jest ono wtedy znacznie trudniejsze; z drugiej zaś strony nie mając żadnej pewności, kiedywystąpią zmiany w odżywieniu jelita, przez wyczekiwanie narażamy tylko chorego na znacznie cięższy zabieg. Postępowaniu zaś bezkrwawemu ufać nie możemy, uprzytomniwszy sobie wszystkie trudności istniejące przy bezpośredniem nawet odprowadzaniu, a powtóre ze względu na łatwość nawrotu. Zasady więc nasze, któremiśmy się kierowali, są prawie w zupełnej zgodzie z zapatrywaniami Rydygiera z wyjątkiem tylko zastosowania enteroanastomozy, którą Obaliński słusznie uważał za wskazaną w przypadkach znacznego upadku sił, jako zabieg względnie łagodny a stwarzający korzystne warunki dla podniesienia sił chorego i przygotowania ustroju do znacznie cięższego zabiegu, jakim jest wycięcie jelita.

TABLICA IX.

Zagięcie kątowate. *Infractio*. Przypadków 10.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
109*	Antonina Nowakowska, l. 19.	20 dni	Przebyła dawniej dur brzuszny. Wymioty kałowe, silne bóle. Wzdęcie duże jednostajne.	*Strictura ex ulcere post typh.*	*Lysis.*	Blizna kolista, z jednej strony przyrośnięta taśmą do ściany brzusznej.	*Infractio angular.*	*Sanat.*	
110*	Rozalia Ibrzycka, l. 60.	2 dni	Od 3 tygodni dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. Przepuklina wolna. Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Wybitne ruchy jelit.	*Occlusio mechan.*	*Lysis.*	Kątowate przyrośnięcie jelita do wewnętrznego pierścienia przepukliny.	*Infractio angul.*	*Sanat.*	
111*	Sara Kirsch, l. 49.	6 dni	Wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie duże. Torbiel jajnika wielkości głowy dorosłego człowieka.	*Infractio intest. ad Kystoma ovarii.*	*Ovariotomia. Lysis.*	Torbiel jajnika lewego skręcony. Przyrośnięcie i zagięcie jelita.	*Infractio angularis intest. ad Kystoma ovarii tors.*	*Sanat.*	
112*	Piotr Tamilin, l. 33.	Kilka tygod.	Wymioty co kilka dni. Bóle napadowe.	*Infractio intest.*	*Lysis.*	Sieć przyrośnięta do jelita zagiętego.	*Infractio angular.*	*Mors* w 9 dni.	Wskutek silnego kaszlu rozstąpienie się powłok brzusznych. *Peritonitis.*

113	Jakób Bernadzik, l. 24.	4 dni	Stan lichy. Wymioty kałowe. Bóle napad. Wzdęcie mierne. Nad talerzem biodrow. prawym większa wypukłość. Ruch jelit wybitny.	*Infractio intest.*	*Enteroanastomosis.*	Pętla jelita biodr. pozrastana i w 2 miejscach zagięta. Powyżej i sama pętla rozdęta.	*Infractio angul.*	*Mors* w 24 godzin.	
114	Agnieszka Uroda, l. 30.	5 dni	Wymioty częste. Bóle napadowe obok stałego bólu nad talerzem biodrow. praw. Wzdęcie mierne; nad talerzem biodr. praw. większa wypukłość. Wybitny ruch jelit.	*Infractio intest.*	*Lysis.*	Końcowa część jelita biodrowego zagięta przez postronek.	*Infractio angular.*	*Sanat.*	
115	Marya Zając, l. 50.	10 godzin	Przed 2 dniami *herniotomia* i *resectio intest.* Stan dość dobry. Wymioty częste. Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Pętle zarysowane poprzecznie. Silny ruch jelit.	*Infractio intest.*	*Lysis. Enterotom.*	Jelito cienkie zaczerwienione, rozdęte. W miejscu szwu jelitowego zagięcie kątowe. Poniżej jelito zapadłe.	*Infractio intest.*	*Sanat.*	
116	Józef Gross, l. 30.	3 dni	Wymioty częste. Bóle napadowe głównie w dolnej części brzucha. Znaczne wzdęcie, głównie w dolnej części brzucha. Pętle jelita poprzecznie zarysowane. Ruch jelit.	*Occlusio mechan.*	*Lysis.*	Jelito biodrowe tuż przy przejściu w kątnicę zagięte kątowato przez postronek przyrośnięty w okolicy kanału udowego praw. Jelito powyżej zagięcia przekrwione, znacznie rozdęte.	*Infractio intest.*	*Sanat.*	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
117	Marya Wójcik, l. 65.	24 godzin	Zapad. Wymioty częste. Silne bóle napad. Wzdęcie mierne. Wybitny ruch robaczkowy.	*Infractio intest.*	*Lysis.*	Jelito cienkie zagięte kątowato z powodu zrostu z torbielem jajnikowym.	*Infractio intest.*	*Sanat.*	
118	Bronisława Sarna, l. 32.	2 dni	Przed 2 dniami *gastroenterostomia* z powodu raka żołądka. Zapad. Od 24 godzin wymioty kałowe. Bóle ciągłe. Wzdęcie w górnej części brzucha.	Niedrożność części odprowadzającej.	*Lysis.*	Jelito czcze na 20 cm. od przetoki żołądkowo-jelitowej zagięte kątowato przez sieć.	*Infractio int. jejuni.*	*Sanat.*	

Zagięcie kątowate jelit występowało głównie w wieku średnim t. j. pomiędzy 30 a 40 rokiem życia. Chorobę tę mieliśmy sposobność spostrzegać od jej wystąpienia aż do 20 dnia. Przebieg bywał względnie łagodny. 2 razy poprzedziły niedrożność przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, a 2 razy operacye w zakresie jamy brzusznej. Wymioty bywały zazwyczaj częste, a 3 razy (109, 113, 118) kałowe i to po 2, 4 i 20 dniach choroby. Pomiędzy tymi przypadkami należy podkreślić przypadek 118, w którym na drugi dzień po wykonaniu gastroenterostomii z powodu raka żołądka pojawiły się typowe wymioty kałowe. Po otwarciu jamy brzusznej przekonaliśmy się, że przeszkoda tkwiła w ramieniu odprowadzającem pętli połączonej z żołądkiem mniej więcej na 20 cm. poniżej przetoki żołądkowo-jelitowej. W miejscu tem istniało zagięcie jelita czczego z powodu zlepu z siecią. Żołądek i jelito czcze powyżej zagięcia były bardzo znacznie rozdęte.

W przypadkach naszych bóle występowały przeważnie napadowo. Wzdęcie, zazwyczaj miernego stopnia, 4 razy było niejednostajne, a raz pętle jelitowe silnie zarysowały się przez powłoki brzuszne. Ruch robaczkowy spostrzegaliśmy 6 razy. Raz ruchu nie było, a w 3 przypadkach brak dokładnych zapisków. W powstawaniu tej postaci zamknięcia jelita ważną rolę odgrywa zapalenie otrzewnej, które daje powód do wytworzenia się nieprawidłowych zrostów jelita ze ścianą brzuszną, z siecią, z innym odcinkiem jelita, lub wreszcie z innymi narządami jamy brzusznej. Tłómaczy to nam też częstość tej postaci niedrożności jelit u kobiet, na które przypada wedle naszego zestawienia 70%.

Zabieg leczniczy polega w pierwszym rzędzie na usunięciu zrostów, względnie zlepów, i wyprostowaniu zgiętegojelita. W jednym przypadku (113) zagięcia z powodu zrostów między ramionami pętli założono u jej podstawy przetokę międzyjelitową *(entero-anastomosis)*. Wynik leczenia przedstawia się korzystnie, gdyż osiągnęliśmy 80% wyleczeń.

TABLICA X.

Rozległe zrosty. *Accretiones diffusae.* Przypadków 7.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania operacyi	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
119*	Rozalia Schuster, l. 63.	8 dni	Czerwonka przed 30 laty. Stan lichy. Wymioty ciągłe. Bóle silne. Wzdęcie balonowate.	*Occlusio mechan.*	*Resectio intest. ilei et crassi*	Zrosty między kątnicą a kiszką esowatą. Zgorzel kiszki esowatej.	*Accretiones diffus. intest.*	*Mors* w kilka godzin.	*Peritonitis.*
120*	Magdalena Banasik, l. 70.	14 dni	Przebyła dawniej dur brzuszny. Stan mierny. Bóle silne. Wzdęcie kuliste. Ruchy jelit wybitne.	*Cicatrix post ulcus typh.*	*Lysis.*	Dolna część jelita biodrowego ze ścianą brzuszną i między sobą pozrastana. Powyżej jelito rozdęte.	*Accretion. diffus.*	*Mors* w 24 godzin.	
121*	Anna Liszkiewicz, l. 29.	8 dni	Przed 3 laty jakaś choroba brzuszna. Stan dobry. Wymioty i czkawka. Silne bóle. Wzdęcie mierne, kuliste.	*Accretion. diffus.*	*Lysis.*	Jelito czcze, biodrowe i poprzecznica taśmami pozrastane.	*Accretiones diffus.*	*Sanata* w 21 dni.	
122*	Elżbieta Janotka, l. 33.	4 dni	Przed 6 tygodniami resekcya jelita. Stan dość dobry. Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Wzdęcie kuliste. Ruchy jelit wybitne.	*Accretiones diffus.*	*Resectio intest. Enterorhaphia.*	Jelito w miejscu dawnej resekcyi zrośnięte w kłębek ze sobą, z siecią i ze ścianą.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 20 godzin.	
123*	Małgorzata Krawczyk, l. 60.	6 dni	Przed 40 laty dur brzuszny, przed 20 ropa pępkiem. Stan dość dobry. Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Wzdęcie kuliste. Ruchy wybitne.	*Accretiones diffus.*	*Lysis.*	Bardzo wiele zrostów między jelitami i ze ścianą brzuszną.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 3 dni.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypadki znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
124*	Jan Krzyszczyniak, l. 3.	28 dni	Stan lichy. Wymioty częste. Bóle znaczne. Wzdęcie jednostajne.	?	*Enterostom.*	Tak znaczne zrosty między jelitami i ze ścianą brzuszną, że o uwolnieniu nie było mowy.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 5 godz.	
125	Wojciech Jeleń, l. 30.	5 dni	Stan zły. Wymioty częste. Bóle znaczne napadowe. Wzdęcie niejednostajne, pętle jelit zarysowane. Ruch wybitny.	*Occlusio mechan.*	*Lysis.*	Znaczne zrosty między pętlami jelita biodrowego, pozaginanego i znacznie rozdętego.	*Accretiones diffus.*	*Mors* w 36 godz.	

Rozległe zrosty stanowią właściwie tę samą postać niedrożności, co i zgięcie kątowate, różnica jest jedynie ilościowa. To też w głównych zarysach da się o tej postaci zamknięcia jelita to samo powiedzieć, co o zagięciu kątowatem, zwłaszcza co do przyczyny powstawania.

Choroba trwała średnio dni dziesięć, a dotyczyła 5 kobiet, a 2 mężczyzn. Wymioty były częste, a 2 razy kałowe. Bóle bywały silne, napadowe. Wzdęcie znacznego zazwyczaj stopnia, 5 razy było niejednostajne. Ruchy robaczkowe pojawiły się bardzo wybitnie w 4 przypadkach. Zrosty najczęściej zajmowały jelita na znacznej przestrzeni, zbijając je w kłębek tak, że mieliśmy właściwie do czynienia z całym szeregiem kątowatych zagięć. Z powodu, że powyżej każdej przeszkody wytworzyć się może wzdęcie zastoinowe, możemy otrzymać niekiedy obraz, przybierający postać wzdęcia miejscowego, coby nas oczywiście łatwo mogło sprowadzić z właściwej drogi, wiodącej do ścisłego rozpoznania.

W jednym przypadku z powodu nadmiernego rozdęcia powstała zgorzel jelita i zapalenie otrzewnej.

Operacya wobec rozległych zrostów jest bardzo trudną, już choćby ze względu na trudności w dokładnem ocenieniu stosunków anatomicznych.

Zdołano usunąć zrosty i w ten sposób przywrócić drożność 4 razy. Raz musiano pozrastaną pętlę wyciąć, raz zaś zadowolnić się założeniem przetoki kałowej. W przypadku zgorzeli jelita usunięto część zgorzelinową. Wszystkie te 3 przypadki zakończyły się niepomyślnie. Wogóle wynik przedstawia się nadzwyczaj smutnie, zdołaliśmy bowiem osiągnąć wyleczenie tylko w jednym przypadku t. j. 14·28 %.

TABLICA XI.

Ucisk jelita. *Compressio intestini.* Przypadków 4.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
126*	Marya Ch., l. 30.	6 dni	Stan zły. Wymioty częste. Wzdęcie mierne. Guz rozlany w lewom podpępczu	*Occlusio.*	*Laparotom.*	Ciąża zamaciczna lewa, pęknięcie jaja, ucisk.	*Occlusio e compressione gravidit. extrauter.*	*Mors* w 3 godziny.	
127*	Regina Piętak, l. 62.	2 dni	Wymioty, czkawka. Silne bóle. Wzdęcie duże. Torbielak jajnikowy.	*Occlusio e compress. Kystom.*	*Ovariotomia.*	Torbielak jajnikowy, ucisk na jelito cienkie.	*Compressio intest. Kystoma ovar.*	*Sanat.*	
128	Zofia Jolenc, l. 33.	8 dni	Stan zły. Wymioty. Bóle stało. Wzdęcie znaczne. Torbielak jajnika. Ruchy jelit wybitne.	*Occlusio e compress. ad Kystoma ovarii.*	*Ovariotomia anus praeter natur.*	Zgorzel uciśniętego jelita. Zapalenie otrzewnej.	*Occlusio e compression. na Kystoma ovarii.*	*Mors* w kilka godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*
129	Anna Rozner, l. 64.	4 dni	Przed 2 laty *laparotom.* z jakiego powodu, nie wiadomo. Stan zły. Wymioty częste. Bóle jednostajne. Wzdęcie duże. Torbielak jajnika. Zarysowanie się pętli jelit.	*Compressio ad Kystoma ovarii.*	*Anus praet. naturam.*	Zgorzel powyżej uciśniętego jelita. Zapalenie otrzewnej.	*Occlusio e compress. ad Kystoma ovarii.*	*Mors* w 24 godzin.	Sekcya: *Peritonitis.*

Ucisk polegał na zaklinowaniu jelita pomiędzy guzy, wychodzące z części rodnych wewnętrznych kobiecych, a ściany kostne miednicy. Chore zgłaszały się średnio po 5 dniach choroby z silnymi bólami, bardzo częstemi wymiotami, ze znacznem wyczerpaniem sił.

Rozpoznanie po zbadaniu przez pochwę nie przedstawiało żadnych wątpliwości. Zgorzel jelita pojawiła się 2 razy (128, 129) i to raz (128) w miejscu ucisku, w 129 zaś przypadku powyżej przeszkody. Część doprowadzająca była tu nadmiernie rozdęta.

Operacya polegała na usunięciu guza uciskającego, co powiodło się 3 razy (126, 127, 128), raz zaś (129) wobec zupełnie złego stanu chorej musiano odstąpić od tego doszczętnego zabiegu.

W obu przypadkach zgorzeli jelita po usunięciu części zgorzelinowej, wszyto odcinki jelita w ranę brzuszną. Oba te przypadki zakończyły się śmiercią.

Z ogólnej liczby 4, jedna tylko chora wyzdrowiała, co stanowi 25% wyleczeń.

TABLICA XII.

Zatkanie. *Obturatio.* Przypadków 3.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
130	Tekla B., l. 60.	5 dni	Dawniej zupełnie zdrowa. Żółtaczki, ani kolki żółciowej nigdy nie było. Stan dobry. Bóle napadowe. Wymioty. Wzdęcie mierne. Ruch jelit wybitny.	*Occlusio intest. mechan.*	*Enterotomia. Extractio calculi biliar. Enterorhaphia.*	W jelicie cienkiem kamień żółciowy kształtu korka. Jelito około kamienia obkurczone.	*Obturatio e calculo biliari.*	*Sanat.*	
131	dtto	2 dni	W 2 tygodnie po poprzedniej operacyi. Stan dość dobry. Wymioty. Bóle napadowe. Ruchy jelit wybitne.	*Infractio intest.*	*Laparotom.* Przesunięto kamień z dolnego odcinka jelita biodrow. do kątnicy.	W dolnym odcinku jelita biodrowego kamień kształtu i wielkości, jak poprzedni.	*Obturatio e calcul. biliar.*	*Sanat.*	W 5 dni po operacyi odszedł kamień ze stolcem.
132	dtto	2 dni	W miesiąc po ostatniej operacyi. Stan zły. Zresztą przypady tesame.	*Obturatio e calculo biliar.*	*Enterotomia, extractio calculi, enterorhaphia.*	Kamień, jak poprzednio, w górnej części jelita biodrowego.	*Obturatio e calculo biliar.*	*Mors.*	

U chorej, która po raz pierwszy zgłosiła się w 5-tym dniu choroby, ze względu na zupełny brak wskazówek tak w wywiadach, jak badaniu przedmiotowem, można było poznać jedynie niedrożność mechaniczną i to na tle zamknięcia. Otwarcie jamy brzusznej wykazało kamień żółciowy walcowaty o średnicy 3 cm. i wysokości 3 cm. około którego ściany jelita były silnie obkurczone. Wzdęcia zastoinowego prawie nie było. W przeciągu siedmiu tygodni przypady te jeszcze 2 razy się powtórzyły. Stan ogólny oczywiście coraz więcej podupadał. Leczenie polegało za każdym razem na otwarciu jamy brzusznej. 2 razy wyjęto kamień przez poprzeczne nacięcie ściany jelita z następowem zeszyciem. Raz wobec tego, że kamień znajdował się tuż przed zastawką Bauhina, przesunięto go z jelita biodrowego do kątnicy. Kamień w 5 dni odszedł ze stolcem. Chora po trzeciej operacyi zmarła wśród znacznego wyniszczenia.

TABLICA XIII.

Niedrożność z powodu blizny. *Occlusio e cicatrice.* Przypadków 3.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
133*	Teodor Ludrański, l. 36.	Kilka dni	Podobne napady co kilka tygodni od 2 lat. Nudności, wymioty. Bóle napad. Guz wielkości jaja gęsiego na prawo od pępka.	*Occlusio e cicatrice.*	*Laparotom.*	Kątnica o ścianach zgrubiałych.	*Stenosis coeci e typhlitid. chron.*	*Sanat.*	
134*	Hinda Engel, l. 48.	10 dni	Przebywała dur brzuszny. Od $1\frac{1}{2}$ roku stolec zaparty. Wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Ruchy wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Entero-anastomos.*	Zwężenie bliznowate kiszki wstępującej.	*Occlusio e cicatrice coli ascend.*	*Mors* w 24 godzin.	
135	Franciszek Zaleśny, l. 43.	5 dni	Przod 2 laty choroba połączona z bólami brzucha. Nudności. Wymioty. Bóle napadowe. Brzuch miernie wzdęty. Ruchy jelit wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Entero-anastomos.*	Blizna okrężna jelita cienkiego, jelito powyżej rozdęte, ściany zgrubiałe.	*Occlusio e cicatrice.*	*Sanat.*	

Niedrożność, powstałą wskutek blizny okrężnej, spostrzegaliśmy zaledwie 3 razy. Wszyscy chorzy zgłaszali się po dłuższym już czasie trwania objawów zupełnej niedrożności. Odpowiednio do przewlekania się cierpienia odżywienie ich było znacznie podupadłe. W wywiadach chorzy wyraźnie zaznaczali, że podobne objawy przebywali już kilkakrotnie, choć w mniejszym stopniu. Wzdęcie bywało mierne, niejednostajne, kształt odpowiednio do siedziby przeszkody różny. Ruch jelit nadzwyczaj wybitny, a kierunek jego był stały.

Blizna raz zajmowała całą kątnicę, w drugim przypadku zaciskała okrężnie kiszkę wstępującą, wreszcie w trzecim jelito cienkie. Przyczyny powstania blizny nie można było dokładnie określić.

Postępowanie nasze polegało na usunięciu, a względnie ominięciu przeszkody w 2 przypadkach tj. na wykonaniu entero-anastomozy.

Wyleczeń uzyskano 66·6%.

Jeden chory umarł z powodu zapadu po operacyi.

TABLICA XIV.

Gruźlica jelita. *Tuberculosis intestini.* Przypadków 8.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
136*	Frajde Rubel, l. 12.	24 godzin	Nagle wskutek błędu dyetotycznego silne bóle, wymioty. Siły słabe. Wzdęcie kuliste. Ruchy wybitne.	*Torsio intest.*	*Laparotom.*	Cała otrzewna zasiana uzkami.	*Peritonitis tbc.*	*Mors* w 24 godzin.	
137*	Rozalia Bodzeń, l. 30.		Choroba od kilku lat. Od kilku zaś tygodni gwałtowne objawy. Silne bóle. Wymioty. Wzdęcie kopułowate. Ruchy jelit wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Enterostomia.*	Obok rozdętych jelit cienkich znaleziono naciek wielkości sporej pięści w kątnicy, przybity do tylnej ściany. Gruczoły zajęte.	*Tubercul. coeci.*	*Sanat.*	W kilka tygodni po operacyi przetoka jelitowa zamknęła się, a kał bez dolegliwości przechodzi drogą naturalną. Guz zmniejszył się. W kilka lat później zmarła wskutek gruźlicy płuc; naciek gruźliczy w kątnicy.
138*	Rudel Kemplerowa, l. 43.	12 dni	Od 6 miesięcy objawy zwężenia. Wymioty. Bóle silne. Wzdęcie mierne. Ruchy wybitne.	*Occlusio e cicatrice.*	*Laparot.*	Jelito biodrowe z kątnicą zrośnięte w jedną masę. Liczne guzki na otrzewnej.	*Strictura coeci tbc. Peritonitis tbc.*	*Mors* w 24 godzin.	
139*	Dziewczyna l. 14.	5 dni	Stan zły. Wymioty. Bóle nagłe, ciągłe. Wzdęcie jednostajne.	*Torsio. Peritonitis.*	*Laparot.*	Gruzełki rozsiane na otrzewnej. Kątowate zagięcie od zwyrodnienia gruczołu.	*Accretio angularis. Tbc. peritonei et glandul.*	*Mors* w 24 godzin.	

140*	Stanisław Zdechlikiewicz, l. 18.		Od roku objawy zwężenia. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Ruchy wzmożone.	*Occlusio e cicatrice.*	*Resectio coeci Enterorhaphia.*	Kątnica gruźliczo naciekła, wielkości pięści.	*Tbc. coeci.*	*Sanat.* w 3 tygodnie.	Po 2 latach zdrów.
141*	Franciszka Bełdowa, l. 25.	10 dni	Wymioty kałowe. Bóle napadowe. Wzdęcie mierne. Ruch wybitny.	*Stenos. intest.*	*Laparot. Lysis.*	Rozsiane guzki na otrzewnej. Kątowate zagięcie jelita wskutek przyrośnięcia do zwyrod. gruczołu.	*Tbc. periton. Accretio angular.*	*Sanat.*	W przebiegu *dehiscentia vulner.* z powodu kaszlu.
142	Antonina Marzec, l. 43.	7 dni	Od 9 lat bóle i zaparcie stolca. Stan lichy. Wymioty. Silne bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Wolny płyn w jamie brzusznej. Ruchy wybitne.	*Tbc. intest.*	*Enteroanastom.*	Otrzewna zasiana guzkami. W górnej części jelita biodrowego zwężenie.	*Tbc. ilei.*	*Sanat.*	
143	Marya Żbik, l. 34.	Kilka dni	Od dawna bóle brzucha. Obecnie wymioty. Bóle ciągłe. Wzdęcie duże. Wolny płyn. Ruchy wybitne.	*Tbc. intest.*	*Lysis.*	Liczne zrosty między jelitami powodują zagięcie. Gruczoły powiększone. Wycięty gruczoł okazuje zmiany gruźlicze.	*Accretiones tbc.*	*Sanat.*	

Gruźlicę jako przyczynę niedrożności zupełnej spostrzegaliśmy 8 razy. Przeważał wiek młody. Wywiady wskazywały na długie trwanie cierpienia. Początek niedrożności zazwyczaj bywał dość gwałtowny. 7 razy pojawiły się wymioty dość częste a raz kałowe (141) po 10 dniach choroby. Bóle zazwyczaj bardzo silne, 4 razy występowały napadowo. Wzdęcie brzucha 6 razy było miernego stopnia, a 2 razy (142, 143) znacznych rozmiarów i w tych przypadkach dał się zarazem wykazać wolny płyn w jamie otrzewnej. Wybitny ruch o stałym kierunku, a mianowicie ku przeszkodzie, stwierdzono 7 razy. Zamknięcie światła jelita powstawało najczęściej wskutek kątowatych zagięć z powodu zrostów, jako wytworu gruźliczego zapalenia otrzewnej, rzadziej jako następstwo nacieku gruźliczego w samej ścianie jelita i to znów albo zajmującego znaczniejszą przestrzeń (2 razy *tbc. coeci)*, albo też tworzącego okrężny, wąski pasek (raz *tbc. int. ilei)*. Ściany jelita, położonego powyżej przeszkody, były przerosłe w rozmaitym stopniu. Najwybitniejszy przerost odnosił się do tych przypadków, w których ściana jelita była bezpośrednio zajęta przez sprawę gruźliczą. W przypadkach zrostów z następowem zagięciem usuwano zrosty (5 razy). U chorego 137 z naciekiem w kątnicy założono rzyć sztuczną z wyleczeniem. W drugim przypadku gruźliczego zajęcia kątnicy wycięto ją również ze skutkiem pomyślnym. Raz wykonano ze skutkiem pomyślnym entero-anastomozę z powodu okrężnego zaciśnięcia jelita biodrowego. Wogóle wyleczono chorych 5 t. j. 62·5%.

TABLICA XV.

Rak jelita. *Carcinoma intest.* Przypadków 13.

L. p.	Imię, nazwisko, wiek.	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
144*	Marya Kaczmarska, l. 89.	3 mies.	Bóle napadowe. Ruch wybitny.	*Stenosis intest. verisim. carcinomat.*	*Resectio flexur. S. Entero-rhaphia.*	Nowotwór wielkości jaja kurzego, zwężający światło kiszki.	*Carcinoma flex. sigm.*	*Mors* w 3 dni.	Sekcya: *Peritonitis.*
145*	Andrzej Pawlikowski, l. 37.	8 dni	Od miesiąca objawy zwężenia. Obecnie bóle napadowe. Wzdęcie duże. Guz twardy w okolicy lewej dolnej. Ruch jelit znaczny.	*Stenosis verisim. carcinomat.*	*Anus praet. nat.*	Naciek rakowy w całej kiszce esowatej, nieruchomej.	*dtto*	*Emelior.*	
146*	Jan Baniak, l. 35.	7 mies.	Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Ruch jelit wybitny. Rak odbytnicy.	*Carcinoma recti inoperab.*	*Anus praet. natur.*	Cała kiszka gruba rozdęta, ściany przerosłe.	*Carcinoma recti inoper.*	*Mors* w 48 godzin.	Sekcya wykazała: posokowate zapal. otrzewnej około zaszytego i wpuszczonego dolnego odcinka kiszki.
147*	Małgorzata Obrąbek, l. 53.	2 mies.	Bóle napadowe. Wzdęcie zwłaszcza w dolnej części brzucha. Ruch jelit widoczny.	*Stenosis int.*	*Entero-anastomosis.*	Część kiszki wstępującej i poprzecznicy zajęte rakiem i zrośnięte z wątrobą.	*Carcinoma inoperab. coli ascend. et transversi.*	*Mors* w 48 godzin.	
148*	Samuel Koenig, l. 50.	5 dni	Od 4 miesięcy objawy zwężenia. Obecnie stan zły. Wymioty kałowe. Bóle znaczne. Wzdęcie jednostajne.	*dtto*	*Laparot.*	Guz rakowy w kiszce esowatej. Rozpoczynające się zapalenie otrzewnej.	*Carcinoma flexur. S. Peritonitis.*	*Mors* w czasie operacyi.	

L. p.	Imię, nazwisko, wiek	Czas trwania choroby	Przypady znalezione przy badaniu	Rozpoznanie przed operacyą	Operacya	Stosunki wśród operacyi	Rozpoznanie wśród operacyi	Wynik	Uwaga
149*	Meżczyzna, l. 54.	Kilka dni	Od kilku lat dolegliwości. Stan dość dobry. Bóle. Wzdęcie duże. Ruchy jelit silne.	*Strictura coli carcinomat.*	*Anus praet. natur.*	Na dość znacznej przestrzeni naciek rakowy kiszki esowatej.	*Carcinom. flex. S.*	*Mors* w 5 dni.	Początkowo znaczne polepszenie, potem objawy udaru mózgowego. Sekcya: *Apoplexia cerebri.*
150*	Kobieta, l. 65.		Od kilku lat dolegliwości. Obecnie wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie znaczne. Ruch jelit wybitny.	*Carcinoma recti, vaginae et uteri.*	*Anus praet. natur.*		*Carcinoma recti, vagin. et uteri.*	*Emelior.*	
151*	Ks. Franciszek Gałuszka, l. 56.	3 dni	Od 2 lat dolegliwości. Stan zły. Wymioty. Bóle znaczne. Wzdęcie niejednostajne. *Per rectum* guz. Ruchy początkowo były.	*Carcinoma recti. Peritonitis.*	*Anus praet. naturam.*	Rak zajmuje kiszkę esowatą i prostą.	*Carcinoma flexur. et recti. Peritonitis.*	*Mors* w 30 godzin.	
152*	Kobieta, l. 55.	Kilka mies.	Stan zły. Bóle napadowe. Wzdęcie niejednostajne. Ruch jelit duży.	*Carcinoma recti.*	*Anus praet. naturam.*	Rak zajmuje górną część kiszki prostej.	*Carcinoma recti.*	*Mors* w 48 godzin.	
153*	Kobieta, l. 40.	3 dni	Stan zły. Silne bóle. Wzdęcie znaczne niejednostajne. Wzdęcie miejscowe.	*Torsio flex. S.*	*Enteroanastomosis.* Połączono poprzecznicę z kiszką esowatą.	Rak w kiszce esowatej na przejściu w okrężnicę zstępującą. Wzdęcie miejscowe pochodzi od skręcenia poprzecznicy.	*Carcinoma coli descend. et flex. S.*	*Mors* w 48 godzin.	

154*	Frajda Czaczkes, l. 50.	28 dni	Bóle mierne. Wzdęcie duże niejednostajne. Silny ruch jelit.	*Probab. carcinoma intest.*	*Anus praet. natur.*		*Carcinoma flex. S. inoperab.*	*Mors* w 3 dni.
155	Ignacy Głogowski, l. 66.	2 dni	Siły słabe. Wymioty. Bóle napadowe. Wzdęcie duże. Poprzecznica rysuje się.	*Occlusio intest. mech.*	*Anus praet. natur.*		*Carcinoma flex. S.*	*Mors* w 24 godzin.
156	Jawdocha Góral, l. 48.		Przed 3 tygodniami bóle brzucha, przed 2 zatrzymanie stolca i wiatrów; po środkach przeczyszczających stolec — od tygodnia zupełne zatrzymanie stolca i wiatrów. Stan liche. Wymioty częste. Bóle duże. Brzuch bolesny. Wzdęcie znaczne. Poniżej pępka zarysowane pętle jelitowe. Ruch wzmożony.	*Occlusio intest. mech.*	*Entero-anastomosis.*	W jamie brzusznej znaczna ilość płynu surowiczego. Jelita rozdęte. Kiszka zstępująca okrężnie zajęta nowotworem.	*Carcinoma coli descend.*	*Mors* w 24 godzin.

Chorzy z objawami niedrożności z powodu raka jelit okazywali znaczne wycieńczenie, a w wywiadach podnosili długie trwanie cierpienia, wśród ktorego występowało nagle pogorszenie. Wymioty u 3 tylko chorych były częste, a raz kałowe, u innych zaś pojawiały się tylko nudności. Bóle były zawsze silne, napadowe.

Wzdęcie brzucha stosownie do czasu choroby raz było nieznaczne, to znów wielkich rozmiarów. Kształt wzdęcia, odpowiednio do siedziby nowotworu, był rozmaity. Ruch jelit bywał zazwyczaj bardzo wybitny i miał stały kierunek. 2 razy (148, 151) ruchu nie było; w obu tych przypadkach stwierdzono wśród operacyi zapalenie otrzewnej. W przypadku 153 wybadano przed operacyą wzdęcie miejscowe, a po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że pochodzi ono ze skręcenia poprzecznicy, — sprawy towarzyszącej głównemu cierpieniu. Najczęściej rak zajmował kiszkę esowatą, bo 7 razy, a raz przechodził z kiszki esowatej na kiszkę zstępującą. W 3-ch przypadkach znajdował się rak w kiszce prostej, raz w kiszce wstępującej i poprzecznicy, a raz w kiszce zstępującej. Rozmiary nowotworu były nadzwyczaj wielkie, gruczoły krezkowe i pozaotrzewnowe znacznie zajęte.

Nowotwór zdołano usunąć tylko raz; w innych przypadkach z powodu znacznych rozmiarów raka musiano się starać jedynie o ominięcie przeszkody, co uzyskano 8 razy przez założenie rzyci sztucznej, a 3 razy przez entero-

anastomozę. Jeden chory wśród operacyi zmarł. Z 13 leczonych chorych 10 zmarło.

Rozpatrując zmiany anatomo-patologiczne w naszych przypadkach, widzimy dwa główne typy. W gromadzie pierwszej, do której zaliczam skręt kiszki esowatej, skręt jelita biodrowego, skręt kątnicy, zadzierżgnięcie, wrzekome odprowadzenie przepukliny, przepukliny wewnętrzne, wreszcie wgłobienie ostre, (razem 99 spostrzeżeń) sprawa chorobowa zajmuje pierwotnie pętlę jelitową wraz z odpowiednim odcinkiem krezki; natomiast w gromadzie drugiej t. j wgłobieniu przewlekłem, zagięciu kręto-watem, zrostach, ucisku, zatkaniu, zwężeniu bliznowatem, gruźlicy i raku jelita (ogółem 57 spostrzeżeń) krezka nie bierze bezpośredniego udziału w zmianach patologicznych. Jestto szczegół, wyciskający charakterystyczne piętno na całym obrazie chorobowym.

W gromadzie pierwszej, jak to dokładnie wykazały doświadczenia Kadera, spowodowane klinicznem spostrzeganiem Wahla, występują wskutek udziału krezki zaburzenia w krążeniu, których następstwem są zmiany, dotyczące tak ścian, jak i treści uwięzgniętej pętli jelitowej. Cały obraz tych zmian objęto nazwą wzdęcia miejscowego. Stan ten znaleźliśmy wśród operacyi we wszystkich przypadkach pierwszej gromady z wyjątkiem przypadków ze zgorzelą jelita. Dalszem następstwem zajęcia krezki sprawą chorobową jest rychłe występowanie zapalenia otrzewnej, które w naszych przypadkach pojawiło się 42 razy t. j. 42·4%. Zapalenie otrzewnej należy tłómaczyć z jednej strony przepuszczalnością ścian zmienionej pętli jelitowej dla drobnoustrojów, jak to dosadnie wykazują prace doświadczalne Arnda, Nepveau'a, Garréa, Bönnecken'a, Maklecowa, z drugiej strony zgorzelą jelita, która, jak w przypadku 43, już po 18 godzinach może się pojawić. Zgorzel jelita wogóle spostrzegaliśmy w tej gromadzie 27 razy t. j. 27·2%.

Obok tych zmian, zależnych od zajęcia krezki, spotykaliśmy zmiany w jelicie położonem powyżej uwięzgniętej pętli, zmiany, napotykane wogóle w niedrożności jelit mechanicznej, a polegające na rozkładzie, gromadzeniu się treści i nadmiernem wydzielaniu gruczołów błony śluzowej jelita; jest to tak zwane wzdęcie zastoinowe.

W przypadkach świeżych wzdęcie zastoinowe zajmuje tylko najbliższy odcinek przed przeszkodą, powoli jednakowoż przenosi się i na dalsze części przewodu pokarmowego. Na rozmiary i rozległość tego wzdęcia ma ważny wpływ czas trwania sprawy, częstość wymiotów, wielkość wzdęcia miejscowego, umiejscowienie przeszkody, wreszcie obe-

cność zapalenia otrzewnej. W skręcie kiszki esowatej widzieliśmy tylko 2 razy wzdęcie zastoinowe, zajmujące kiszkę grubą i jelito biodrowe; w innych zaś przypadkach ograniczało się ono tylko do kiszki grubej (znaczne rozmiary wzdęcia miejscowego, zastawka Bauchina). W przypadkach rozległego skrętu jelita biodrowego (spostrzeżeń 7) wzdęcie zastoinowe było nieznaczne (częste wymioty, znaczne wzdęcie miejscowe). W przypadkach zaś skrętu mniejszej pętli (17 razy) wzdęcie zastoinowe było znacznych rozmiarów. Skrętowi kątnicy towarzyszyło wzdęcie, zajmujące całe jelito biodrowe i część czczego, w zadzierzgnięciu rozmiary i rozłożenie wzdęcia wybitnie zależały również od wyżej wymienionych czynników. W przypadkach wrzekomego odprowadzenia przepukliny, jak i w przypadkach przepukliny podkątniczej wzdęcie było nieznaczne. Wreszcie wgłobienie ostre, zależnie od czasu trwania i zapalenia otrzewnej, przedstawiało 7 razy znaczne wzdęcie, w 7 zaś przypadkach wzdęcie było miernego stopnia.

Wzdęcie zastoinowe, działając mechanicznie na ściany jelita, sprowadza zaburzenia w krążeniu, a mianowicie przekrwienie bierne, które w wyższym stopniu może znów sprowadzić zgorzel, bądź to ograniczoną do błony śluzowej, bądź też nawet zajmującą całą grubość ściany jelita z następowem przedziurawieniem (119, 129).

Dolny, t. j. leżący poniżej przeszkody odcinek jelita był zapadły, skurczony.

Zmiany anatomo-patologiczne w drugiej gromadzie spostrzeżeń polegały na wzdęciu zastoinowem, a obok tego w postaciach przewlekłych, a więc w wgłobieniu przewlekłem, zaciśnięciu bliznowatem, gruźliczem i rakowem, na znacznym przeroście warstwy mięsnej.

Zgorzel jelita pojawiała się znacznie później i względnie rzadko, gdyż tylko w 17 przypadkach t. j. 12·3 % i to 4 razy zgorzel dotyczyła szczytu wgłobienia, raz pochodziła z zagięcia, 2 razy zaś była następstwem ucisku od zewnątrz.

Zapalenie otrzewnej spostrzegaliśmy w 4 przypadkach t. j. 7%, a mianowicie 3 razy wskutek zgorzeli jelita i raz wskutek rozpadu raka.

Odpowiednio do różnic anatomo-patologicznych różnie się też przedstawia obraz kliniczny tych dwóch działów mechanicznej niedrożności jelit.

Najważniejszymi objawami przedmiotowymi w gromadzie pierwszej jest wzdęcie miejscowe i ruch robaczkowy. Na 88 przypadków, w których dokładnie zaznaczono istnienie, lub brak wzdęcia miejscowego, zdołano wybadać 56 razy t. j. w 63·6%. Objaw ten występuje bardzo wcześnie n. p. w przypadku 10 już po 18 godzinach.

Nie zdołano wybadać wzdęcia miejscowego skutkiem: 1) zapalenia

otrzewnej i związanego z niem znacznego ogólnego wzdęcia 23 razy; 2) uwięzgnięcia małej pętli jelitowej 4 razy (62, 66, 70, 84); 3) głębokiego usadowienia uwięzgnięcia 5 razy (66, 70, 74, 80, 84); 4) guza pokrywającego wzdęcie miejscowe — raz (76); 5) znacznego wzdęcia zastoinowego — 2 razy (93, 97); 6) niedokładnego badania — 2 razy (68, 71); 7) rzeczywistego braku wzdęcia miejscowego — w jednym przypadku skrętu przewlekłego jelita biodrowego (35), a więc w przypadku właściwie do tej gromady nie należącym, oraz w przypadkach zgorzeli jelita.

Ze względu też na możliwość przeoczenia wzdęcia miejscowego z powodów, wyżej podanych, nadzwyczaj jest ważne badanie chorych w narkozie.

Porażenie pętli, będącej siedzibą wzdęcia miejscowego, które zdaniem Wahla, Zoege-Manteuffela, Kadera i innych szybko się pojawia, zależy wedle naszych spostrzeżeń najprawdopodobniej od nasilenia zmian w krążeniu czyli stopnia zaciśnięcia krezki. W przypadkach lżejszych porażenie nie tak nagle się rozwija. Zapatrywanie to opieram na 8 spostrzeżeniach, a mianowicie 6 skrętach kiszki esowatej i 2 skrętach jelita biodrowego. W przypadkach tych pojawiało się wśród napadowych bólów wyraźne stawianie się rozdętej miejscowo pętli, jakkolwiek choroba trwała od 2 do 10 dni. We wszystkich tych przypadkach stan jelita i otrzewnej był zupełnie dobry.

Drugim znamiennym objawem jest ruch robaczkowy, pojawiający się w jelicie, zajętem przez wzdęcie zastoinowe, a więc w ogóle w niedrożności jelit mechanicznej. Objaw ten występuje wcześnie, jak n. p. w przypadku 66 już po 16 godzinach Porażenie, czyli zniknięcie ruchu jest następstwem nadmiernego rozdęcia jelita, albo zapalenia otrzewnej. Na 86 przypadków z gromady pierwszej, badanych w tym kierunku, ruch wybitny pojawił się 44 razy; w 42 przypadkach ruchu nie było: a to 27 razy z powodu porażenia jelita, w 15 zaś nie można go było wybadać z powodu zakrycia jelita, położonego powyżej przeszkody, przez wzdęcie miejscowe wielkich rozmiarów. Przelewanie w jelitach wskazywało jednakowoż, że ruch tu się odbywał. Ruchom występującym okresowo towarzyszy zazwyczaj silny ból.

Ruch robaczkowy, oznaczając do pewnego stopnia żywotność jelita, może mieć znaczenie w rokowaniu; i tak na 44 przypadki, w których ruch stwierdzono, śmiertelność wynosiła 40·9%, gdy na 42 nie wykazujących ruchu — 83·3%.

W przypadkach drugiej gromady spotykamy wzdęcie niejednostajne, względnie zarysowanie się pętli jelitowych, zależne od nierównomiernego wzdęcia zastoinowego, a obok tego, podobnie jak i w pierwszej groma-

dzie, zwiększony ruch robaczkowy. Ten ostatni objaw spostrzegaliśmy w 91·4% przypadków, a najwcześniej już w 10 godzin od pojawienia się pierwszych zaburzeń chorobowych.

W tych przypadkach drugiej gromady, w których ruch wykazano, śmiertelność wynosiła 40%, w tych zaś, gdzie ruchu nie dostrzeżono, 75%. Nie dostrzegliśmy ruchów w 4 przypadkach, a mianowicie: w przyp. 118, gdzie przeszkoda znajdowała się w jelicie czczem, a rozdęty żołądek przykrywał odcinek jelita, położony powyżej przeszkody; w przyp. 148 i 151 z powodu zapalenia otrzewnej; wreszcie w przyp. 155 ruch robaczkowy ustał wskutek nadmiernego rozdęcia jelita.

Wogóle co do ruchów, jako objawu niedrożności mechanicznej, dziwna panuje sprzeczność w zdaniach klinicystów. Zdaniem znacznej części autorów wybitne ruchy robaczkowe są prawie pewną oznaką niedrożności mechanicznej, ale przewlekłej, a warunkiem pojawienia się tego objawu ma być przerost warstwy mięsnej jelita. Z naszych spostrzeżeń zaś wynika, że wprawdzie nasilenie ruchów w przypadkach przewlekłych jest większe, że jednakowoż już po 10 godzinach choroby, a więc bez przerostu warstwy mięsnej, ruchy są bardzo wybitne nawet u osób z jędrnemi powłokami i dobrze rozwiniętą podściółką tłuszczową. Zbierając krótko zmiany anatomiczne z jednej, a odpowiednie objawy kliniczne z drugiej strony, można ułożyć następujące ogólne zestawienie:

I. Gromada.

Uwięzgnięcie.

Zmiany anatomiczne.	Objawy kliniczne.
I. Wzdęcie miejscowo.	I. Niejednostajne wzdęcie. Wzdęcie miejscowe.
II. Wzdęcie zastoinowe.	II. Ruch robaczkowy.
III. Rychłe wystąpienie zapalenia otrzewnej i zgorzeli jelita.	III. Brak ruchów, wzdęcie jednostajne, bolesność, bóle ciągłe i t. d.

II. Gromada:

Zamknięcie światła jelita.

Zmiany anatomiczne.	Objawy kliniczne.
I. Wzdęcie zastoinowe.	I. *a)* Nierównomierne wzdęcie. *b)* Ruch robaczkowy.
II. Brak większych zmian w krążeniu, chyba tylko w razie nadmiernego rozdęcia jelita.	II. Późno występujące zapalenie otrzewnej i zgorzel jelita.
III. W przypadkach przewlekłych przerost warstwy mięsnej powyżej przeszkody.	III. Ruch robaczkowy większego stopnia co do siły.

Z tego krótkiego już zarysu głównych objawów, z pominięciem nawet przebiegu klinicznego, który naturalnie w stałe ramy ująć się nieda, wynika, że posiadamy dostateczne cechy, odróżniające te dwie grupy niedrożności mechanicznej.

Przenosząc te zasady na pole praktyczne i poddając je próbie naszego zestawienia, widzimy, że w gromadzie pierwszej zdołaliśmy wogóle rozpoznać niedrożność na tle uwięzgnięcia pętli jelitowej w 78·4% przypadków. Zestawienie zaś 21 przypadków pierwszej gromady, w których nie można było rozpoznać uwięzgnięcia, względnie zamknięcia światła jelita, poucza nas, że najważniejszą tego przyczyną (gdyż 10 razy) było powikłanie uwięzgnięcia z zapaleniem otrzewnej; inne przyczyny są jednoznaczne z powodami, nie dozwalającymi wybadać wzdęcia miejscowego (patrz wyżej).

W gromadzie drugiej rozpoznano ogólnie zamknięcie jelita w 84%. Przypadki nierozpoznane należą do zadawnionych, a więc powikłanych częściowo z zapaleniem otrzewnej, częściowo zaś porażeniem jelit wskutek wzdęcia zastoinowego znacznych rozmiarów.

Krótko mówiąc, na podstawie powyższych cech zdołamy w przypadkach wczesnych prawie zawsze odróżnić uwięzgnięcie od zamknięcia jelita. Chodziłoby tylko o to, czy dalszy krok naprzód t. j. odróżnienie w obrębie tych wielkich gromad pojedynczych postaci niedrożności jest możebne. Przechodząc kolejno obrazy chorobowe, widzimy ściśle zaznaczone różnice; badanie jednak musi być nadzwyczaj dokładne, każdy najmniejszy szczegół tak w wywiadach, jak i w przedmiotowem badaniu musi być podniesiony i odpowiednio zużytkowany. Zestawienie zaś nasze wykazuje, że w gromadzie pierwszej zdołaliśmy rozpoznać dokładnie postać uwięzgnięcia w 65%, w gromadzie zaś drugiej rodzaj zamknięcia światła jelita — w 65%. Pomyłki rozpoznawcze odnosiły się głównie do przypadków zadawnionych.

Nasze postępowanie rozpoznawcze polegało w pierwszym rzędzie na rozstrzygnięciu pytania, czy objawy niedrożności pochodzą z przeszkody mechanicznej, czy czynnościowej. Pytanie to najczęściej nie sprawiało nam wielkiego kłopotu z wyjątkiem przypadków niedrożności mechanicznej, powikłanych z zapaleniem otrzewnej. Na dowód tego przytoczę jedynie tę okoliczność, że na 65 przypadków, rozpoznanych w ostatnich latach sześciu, jako niedrożność mechaniczna, nie potrzebowaliśmy rozpoznania tego zmienić wśród operacyi ani w jednym przypadku; i odwrotnie w kilkunastu przypadkach niedrożności czynnościowej rozpoznanie nasze zawsze się sprawdziło.

Z chwilą rozpoznania niedrożności mechanicznej staraliśmy się rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z uwięzgnięciem, czy też z zamknię-

ciem jelita; następnie z którą postacią tych gromad niedrożności; wreszcie, w którem miejscu znajduje się przeszkoda.

Rozpoznanie miejsca niedrożności opieraliśmy przedewszystkiem na kształcie wzdęcia brzucha, kształcie i usadowieniu wzdęcia miejscowego w przypadkach uwięzgnięcia, a rozłożeniu wzdęcia zastoinowego w zamknięciu jelita. Znacznie mniej pewne wskazówki daje ruch robaczkowy, zwłaszcza w przypadkach ostrych. Wynik może oddać dobre usługi dość często, ale tylko przy obecności innych wskazówek; mianowicie odgłos metaliczny na ograniczonej przestrzeni, utrzymujący się stale w jednem miejscu, wskazuje na tó, że istnieje tam znaczne wzdęcie jelita, czy to miejscowe, czy też zastoinowe. Badanie palcem przez odbytnicę, względnie przez pochwę, nadzwyczaj ważne wogóle przy badaniu niedrożności jelit, jest niezbędne również przy poszukiwaniu siedziby przeszkody. Wyniki badań zapomocą wlewań do odbytnicy, jak i sondowanie, nie mają wedle naszego doświadczenia prawie żadnego znaczenia. Właściwości bólu, jak i wymiotów mogą jedynie potwierdzić istniejące już rozpoznanie. Ważne znaczenie ma badanie moczu, a zwłaszcza w kierunku obecności lub braku indykanu.

Leczenie niedrożności jelit ma za zadanie przywrócić drożność jelita; drugie wskazanie, jeszcze ważniejsze, — to usunięcie zmian w krążeniu, gdyż z tej strony największe grozi choremu niebezpieczeństwo. Zmiany w krążeniu powstają przedewszystkiem wskutek zaciśnięcia krezki, a dalej wskutek rozdęcia ścian jelita. Usuwając wcześnie przeszkodę usuniemy naturalne jej skutki, a więc przywrócimy drożność i zarazem prawidłowe krążenie. Cel ten osiągnąć można tylko drogą mechaniczną.

Środki mechaniczne mogą działać pośrednio lub bezpośrednio. Do pośrednich należy zaliczyć środki, opróżniające górny odcinek przewodu pokarmowego, powyżej przeszkody położony, dalej środki, stósowane przez odbytnicę, a więc wlewania, nadymania i t. d., zadziałanie przez powłoki brzuszne, a więc mięsienie, wreszcie założenie przetoki kałowej. Sposób bezpośredni jest tylko jeden: otwarcie jamy brzusznej i usunięcie przeszkody.

Doświadczenie nasze poucza, że ze sposobów pośrednich działanie mechaniczne przez odbytnicę i przez powłoki brzuszne należy stanowczo odrzucić, są to bowiem środki prawie zawsze bezskuteczne, a często mogą stać się bardzo szkodliwymi wobec tego, że niepodobna przy nich ocenić stanu jelita. Pozostają przeto jedynie sposoby, za pomocą których opróżniamy górny odcinek przewodu pokarmowego, a więc przepłókiwania żołądka i założenie rzyci sztucznej, obok leczenia przypadowego. Środki te można stosować ze skutkiem oczywiście tylko w zam-

knięciu jelita, gdzie niebezpieczeństwo polega głównie na rozdęciu jelita doprowadzającego. Dla gromady pierwszej, czyli uwięzgnięcia, środki pośrednie nie mają znaczenia, nie usuwają bowiem zaburzeń w krążeniu.

Sposób bezpośredni, to jest otwarcie jamy brzusznej i usunięcie przeszkody w obu gromadach niedrożności jelit mechanicznej zadość czyni najważniejszym wskazaniom, a więc, jako taki, jest jedynie właściwem postępowaniem leczniczem.

Przeciwnicy leczenia operacyjnego podnoszą jednakowoż jeszcze dotychczas, wcale nawet poważne, jakby się zdawać mogło, — zarzuty, a to przedewszystkiem na podstawie porównywania wyników t. z. leczenia wewnętrznego z wynikami, osiągniętymi drogą chirurgiczną, a następnie na podstawie twierdzenia, że wynik operacyjny zależy w pierwszym rzędzie od dokładnego rozpoznania rodzaju i siedziby przeszkody, rozpoznanie to zaś sprawia nadzwyczaj wielkie trudności, albo nawet jest niemożliwe.

Porównywanie wyników leczenia środkami pośrednimi bezkrwawymi i przypadowymi czyli t. z. wewnętrznymi, które zazwyczaj ocenia się na 35% wyleczeń z wynikami operacyjnymi, stanowi wprost błąd logiczny. Są to wartości nierównorzędne. Pomijając względy teoretyczne, wykluczające wprost możliwość wyleczenia uwięzgnięcia środkami pośrednimi, cały nasz materyał pierwszej gromady wykazuje jasno, że ani jeden przypadek tej gromady nie mógłby przy leczeniu wewnętrznem skończyć się pomyślnie.

W drugiej gromadzie chyba tylko niektóre przypadki zagięcia kątowego, zatkania kamieniami żółciowymi, wreszcie wgłobienia przewlekłego, mogłyby zakończyć się szczęśliwie. Z tego więc wynika, że moglibyśmy jedynie, i to z wielkiemi zastrzeżeniami, przeciwstawić 35% wyleczeń środkami wewnętrznymi 82% wyleczeń, któreśmy w tych właśnie postaciach niedrożności otrzymali drogą operacyjną. Nasze zaś 35% wyleczeń, otrzymanych w uwięzgnięciu, to niepodzielny zysk leczenia chirurgicznego.

Podstawa drugiego zarzutu, że do szczegółowego rozpoznania potrzeba dłuższego czasu, a leczenie chirurgiczne jest jedynie usprawiedliwione w przypadkach zupełnie dokładnie rozpoznanych, gdyż te tylko mogą dać dobre wyniki, jest zupełnie niesłuszna. Rozpoznanie w przypadkach świeżych jest najłatwiejsze, jak to wykazuje nasze zestawienie; przez dłuższe zwlekanie możemy doczekać się tylko powikłań a w pierwszym rzędzie zapalenia otrzewnej, które oczywiście nie przyczynia się do przejrzystości obrazu. Zestawiając następnie przypadki nierozpoznane z gromady pierwszej, otrzymamy wprawdzie śmiertelność wyższą, niż ogólną śmiertelność tej gromady, bo aż 79·4%; zwróciwszy jednak uwagę na to, że trudności rozpoznawcze polegały właśnie w tych przypadkach głównie na powikłaniu zapaleniem otrzewnej, to odsetek śmiertelności po

odliczeniu przypadków nierozpoznanych, a powikłanych zapaleniem otrzewnej, zmniejszy się do 52%, a w gromadzie drugiej do 56%. Na zarzut, że laparotomia w niedrożności bez szczegółowego rozpoznania jest tylko próbną, że trudności przy wyszukiwaniu przeszkody są w tych przypadkach nadzwyczaj wielkie, należy zauważyć, że każda laparotomia w tem znaczeniu jest próbną, każda prawie laparotomia przynosi pewne niespodzianki, a obraz chorobowy po otwarciu jamy brzusznej różni się zazwyczaj od obrazu, wytworzonego przez badanie przed operacyą. Wyszukanie zaś samej przeszkody zależne jest głównie od stanu, w jakim robimy operacyę. Im przypadek wcześniejszy, im zmiany mniejsze, tem wyszukanie przeszkody łatwiejsze, mniej czasu pochłaniające. Muszę się jednakowoż tutaj stanowczo zastrzedz przeciw zarzutowi, któryby mnie mógł spotkać przez fałszywe zrozumienie powyższych wywodów, jakobym był zwolennikiem operowania pierwszego lepszego przypadku z objawami niedrożności bez względu na ścisłość rozpoznania. Przeciw temu świadczy stanowczo cały tok niniejszego zestawienia. Jestem stanowczym zwolennikiem ścisłości w rozpoznaniu chirurga, ale zarazem żądam ścisłego rozpoznania przed przystąpieniem do leczenia wewnętrznego. Leczenie przypadowe czyli bezczynność w tej tak groźnej i szybko postępującej chorobie nie jest środkiem obojętnym i owszem działa ono szkodliwie. Porównanie szkodliwości leczenia wyczekującego w niedrożności mechanicznej ze szkodliwością leparotomii w niedrożności czynnościowej może jedynie wypaść na korzyść zabiegu chirurgicznego. Gdy bowiem pierwsze zawsze przynosi szkodę choremu, to leczenie operacyjne w całym szeregu niedrożności czynnościowych jest nawet stanowczo wskazane.

Nie zapoznając wartości leczenia wewnętrznego, z którego w pierwszym rzędzie należy podnieść podawanie przetworów makowca i przepłókiwanie żołądka, nie można go przeciwstawiać leczeniu chirurgicznemu; środki wewnętrzne należy uważać raczej za przygotowanie do zabiegu operacyjnego, który z chwilą rozpoznania przeszkody mechanicznej jest jedynie wskazanym. Dotychczasowe wyniki leczenia chirurgicznego dużo pozostawiają do życzenia, wina tego jednakowoż spada w pierwszym rzędzie na odwlekanie chwili operacyi. Następujące zestawienie liczby chorych, leczonych wogóle, z podaniem dokładnego czasu choroby i liczbę wyleczonych:

Gromada I. Uwięzgnięcie.

Ilość dni choroby	Ilość chorych	Ilość wyleczeń	% wyleczeń
1	4	2	50
2	9	5	55·5
3	23	10	43·5
4	18	8	44
5	12	4	33·3
6	4	0	0
7	2	1	50
8	11	2	18
10	6	1	16·6
11	3	0	0
12	2	1	50
14	1	0	0

Gromada II. Zamknięcie.

(To zestawienie obejmuje tylko *Infractio, Accretio, Compressio* i *Obturatio*).

Ilość dni choroby	Ilość chorych	Ilość wyleczeń	% wyleczeń
1	2	2	100
2	5	4	0
3	1	1	100
4	3	0	0
5	3	2	66·6
6	3	1	33·3
8	3	1	33·3
14	1	0	8

poucza nas, że w I. gromadzie u chorych, operowanych w 3 pierwszych dobach, osiągnęliśmy wyleczeń 65%, w gromadzie zaś drugiej 87·5%.

Tem też trudniej zrozumieć utarte mniemanie warunkowych zwolenników operacyi, że należy najpierw stosować wszelkie środki wewnętrzne, dopóki siły chorego są dobre, dopóki serce prawidłowo działa. Dopiero wobec bezkuteczności takiego leczenia, którego czas nawet ściśle niektórzy klinicyści do 2, a wyjątkowo 3 dni zakreślają, wśród dobrego jeszcze wciąż stanu należy oddać chorego w ręce chirurga. Wyraźnie bowiem ciż sami autorowie twierdzą, zupełnie zresztą słusznie, że w razie

upadku sił, operacya nie może mieć pomyślnych widoków. Niestety nie podają oni jednak oznak, odróżniających dobry stan chorego, dozwalający jeszcze na stosowanie środków wewnętrznych od dobrego stanu, wymagającego już jednak operacyi. Ponieważ więc nie mamy takich oznak, ponieważ dalej nigdy nie możemy przewidzieć jak szybko wystąpią zmiany w jelicie, przeto pomoc chirurgiczna winna być natychmiastową.

Postępowanie operacyjne w naszych przypadkach przedstawia się w ogólnych zarysach w sposób następujący.

Operowano zazwyczaj w uśpieniu chloroformowem, wyjątkowo tylko wśród znieczulenia miejscowego. Od roku 1893 zaprowadził prof. Obaliński ścisłą aseptykę. Powłoki brzuszne otwierano w linii środkowej długiem cięciem, aby można było nietylko dotykiem, ale i wzrokiem szybko objąć stosunki anatomiczne. Pętle jelita, wydobywające się na zewnątrz, okrywano ciepłemi przykładkami (kompresami). Siedzibę przeszkody odkrywano przez częściowe wytrzewienie rozdętych jelit. Postępowanie to jest zdaniem naszem najwłaściwsze, zwłaszcza w przypadkach większego wzdęcia. Dozwala ono nadzwyczaj szybko rozpatrzeć się w stosunkach, szybkość zaś działania jest pierwszym warunkiem osiągnięcia dobrego wyniku. Wytrzewienie przy należytem i oględnem ochranianiu jelit nie sprowadza złych następstw. Stosownie do rodzaju przeszkody i stopnia następowych zmian patologicznych różne musiano stosować zabiegi, ogólnie jednak mówiąc, starano się o ile możności doszczętnie usunąć przeszkodę. W uwięzgnięciu, rozumie się, nigdy nie odstępowano od tej zasady; w zamknięciu zaś jelita tylko wtedy, jeżeli nie można było usunąć przeszkody czy to ze względów technicznych, czy też z powodu niestosunku sił chorego do ciężkości zabiegu, albo omijano przeszkodę przez wykonanie enteroanastomozy, albo też zakładano rzyć sztuczną powyżej miejsca niedrożności.

W przypadkach zgorzeli jelita, wycinano je w granicach zdrowych i najczęściej łączono odcinki szwem okrężnym, jedwabnym, ciągłym, dwupiętrowym. W razie niedostatecznych sił chorego wszywano końce jelita po wycięciu części zgorzelinowej w ranę brzuszną. Zabiegi te jednak małe mają widoki pomyślnego zejścia. Każdy zabieg wykonany na jelicie zmienionem wobec ciężkiego stanu chorego, wobec zajęcia otrzewnej sprawą zapalną, znacznie pogarsza rokowanie.

Następujące zestawienie zabiegów stwierdza wyraźnie to zdanie.

Uwięzgnięcie.

Zabieg	Ilość chorych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń
Odprowadzenie	72	32	44·42
Entero-anastomosis obok odprowadzenia w przyp. 22	1	0	0
Resectio intest. enterorhaphia w skręcie kiszki esowatej, jako operacya zapobiegawcza sposobem Obalińskiego.	3	2	66·6
Anus praeter naturam z powodu zgorzeli jelita	7	0	0
Resectio int. enterorhaphia z powodu zgorzeli jelita.	16	1	6·6

Zamknięcie.

Zabieg	Ilość chorych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń
Odprowadzenie	31	20	64·5
Entero-anastomosis	7	2	28·3
Anus praeter naturam	12	2	33·3
Entero-anastomosis z następowym wycięciem	1	1	100
Resectio intest. enterorhaphia z powodu zgorzeli	5	3	60
Resectio intest. enterorhaphia dla usunięcia zrostów zaciskających jelito przyp. 122	1	0	0

W razie nadmiernego wzdęcia zastoinowego nacinano poprzecznie jelito i zeszywano je, po wypuszczeniu nagromadzonej treści.

Odprowadzenie jelit do jamy brzusznej przedstawia często znaczne trudności. Aby ułatwić odprowadzenie, przykrywano wytrzewione jelita przykładką (kompresem), której brzegi wsuwano pod uniesione ku górze brzegi rany brzusznej. Przez jednostajny ucisk na przykładkę (kompres) jelita łatwiej się wciskały do jamy brzusznej. Następnie szyto ranę brzuszną ponad przykładką (kompresem), którą w miarę postępu szwu wysuwano z jamy brzusznej. Rany brzusznej zazwyczaj nie zaszywano w całości, ale zostawiano otwór, przez który sączkowano jamę brzuszną. Do postępowania tego obok znanych prac doświadczalnych, skłoniło nas zarazem i własne doświadczenie, a mianowicie w kilku przypadkach, w których podczas operacyi ani śladu zapalenia otrzewnej nie było, sekcya wykazała je na ograniczonej przestrzeni, a wychodziło ono z jelita, zajętego pierwotnie sprawą chorobową. Sączkowanie usku-

teczniono za pomocą wyjałowionej gazy i to głównie w kierunku siedziby przeszkody.

Po operacyi starano się o ile możności o dokładne opróżnienie jelit, a to najczęściej za pomocą wysokich wlewań do odbytnicy. Dla łatwiejszego przeglądu zestawiam poniżej wynik leczenia operacyjnego w naszych przypadkach:

Uwięzgnięcie.

Postać uwięzgnięcia	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczonych
Torsio flex. sigm.	31	15	48·4
Torsio int. ilei	24	6	25
Torsio coeci	5	2	40
Strangulatio	16	7	43·7
Repositio spuria herniae incarc.	7	4	57
Hernia subcoecalis	1	1	100
Invaginatio acuta	15	0	0
Razom	99	35	35·3

Zamknięcie.

Postać zamknięcia	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczonych
Invagin. chronica	9	8	88·8
Infractio	10	8	80
Accretion. diffus.	7	1	14·28
Compressio	4	1	25
Obturatio	3	2	66·6
Occlusio e cicatrice	3	2	66·6
Tbc. intestini	8	5	62·5
Carcinoma	13	3	23
Razem	57	30	52·7

W końcu należy mi przedstawić przypadki dawne t. j. operowane do roku 1893 i nowe t. j. od 1893 do 1898 roku, w celu porównania otrzymanych wyników.

Uwięzgnięcie.

Postać uwięzgnięcia	Przypadki dawne			Przypadki nowe		
	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń
Torsio flexur. sigm.	17	9	52·9	14	6	42·8
Torsio intest. ilei	19	4	21	5	2	40
Torsio coeci	1	1	100	4	1	25
Strangulatio	11	5	45·4	5	2	40
Repositio spuria hern. incar.	5	2	40	2	2	100
Hernia subcoecalis	0	0	0	1	1	100
Invaginatio acuta	6	0	0	9	0	0
Razem	59	21	35·6	40	14	35

Zamknięcie.

Postać zamknięcia	Przypadki dawne			Przypadki nowe		
	Liczba leczonych	Liczba wyleczonych	% wyleczeń	Liczba leczonych	Liczba wyleczonych	% wyleczeń
Invaginatio chronica	1	0	0	8	8	100
Infractio	4	3	75	6	5	83·3
Aceretion. diffus.	6	1	16·6	1	0	0
Compressio	2	1	50	2	0	0
Obturatio	0	0	0	3	2	66·6
Occlusio e cicatrice	2	1	50	1	1	100
Tbc. intestini	6	3	50	2	2	100
Carcinoma	11	3	27	2	0	0
Razem	32	12	37·5	25	18	72

Z zestawienia tego wynika, że w uwięzgnięciu nie zdołaliśmy mimo nabytego doświadczenia i udoskonalonej techniki postąpić naprzód; wynik wobec późnego zgłaszania się chorych, pozostaje niezmieniony.

W gromadzie zaś zamknięcia stosunki się znacznie na korzyść zmieniły; osiągnęliśmy bowiem prawie 2 razy lepsze wyniki niż przed r. 1893.

Wobec tego, że stan zgłaszających się chorych w porównaniu ze statystyką dawną pozostał niezmieniony, należy odnieść to znaczne polepszenie wyników w ostatnich latach jedynie do wydoskonalenia techniki operacyjnej, a w pierwszym rzędzie do postępowania aseptycznego, które Obaliński w tym czasie wprowadził.